FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 98

TRAITEMENT LOCAL

DE LA

PHTHISIE LARYNGÉE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 27 JUILLET 1887

PAR

Adrien-Charles-Henri-Jean-Marie SÉNESSE

Né à Léray (Ariège), le 4 juillet 1862.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PICOT,	professeur,	*président.*
DE FLEURY,	professeur.	*juges.*
LANDE,	agrégé,	
RONDOT,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 98

TRAITEMENT LOCAL

DE LA

PHTHISIE LARYNGÉE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 27 JUILLET 1887

PAR

Adrien-Charles-Henri-Jean-Marie SÉNESSE

Né à Léray (Ariège), le 4 juillet 1862.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PICOT,	professeur,	*président.*
DE FLEURY,	professeur.	*juges.*
LANDE,	agrégé,	
RONDOT,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ.....
BITOT.....
MICÉ..... } Professeurs honoraires.

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY
Pathologie externe	AZAM..
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PITRES. PICOT.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	LANDE. ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	DUDON. BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle. .... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIE.
Phimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Charmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enfants. MM. NÉGRIÉ. | Maladies vénériennes..... MM. VENOT.
Clinique chir. des enfants. N. | Maladies mentales..... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PARRAIN ET A MA MARRAINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549625_0062

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR PICOT

Professeur de Clinique médicale. Membre correspondant de l'Académie de médecine.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MORACHE

Directeur du Service de santé du 18e Corps d'armée, Professeur de Médecine légale,

Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Pendant nos deux dernières années d'études, il nous a été permis de voir plusieurs cas de tuberculose laryngée dans les diverses salles des hôpitaux Saint-André et Saint-Nicolas; mais c'est surtout à la clinique de M. le Dr Moure que nous avons pu suivre de près plusieurs cas semblables en assistant en quelque sorte au développement de la maladie et en suivant pas à pas les effets des diverses médications.

Ces médications sont très nombreuses et très variées ; elles sont indiquées dans la plupart des ouvrages de pathologie, et nous n'avons pas la prétention ici d'innover en quoi que ce soit ni d'apporter un médicament nouveau contre la phymie laryngée; notre but étant très modeste et notre temps aussi très limité, nous voulons seulement résumer toutes ces médications dans un travail d'ensemble, rejeter celles qui nous ont paru impropres ou même nuisibles, conseiller celles dont nous avons retiré quelques avantages en portant à l'appui quelques observations recueillies à la clinique de M. Moure, discuter les effets de telle ou telle méthode de traitement et bien discerner le laryngoscope en main à quelle lésion tel médicament est applicable.

Dans une affection aussi grave que la tuberculose, quel que soit le point où se manifeste cette diathèse, il doit y avoir un double traitement : le traitement local et le traitement général ; ils sont en quelque sorte solidaires l'un de l'autre, et ce serait perdre son temps que de traiter isolément la lésion du larynx, si on ne cherchait à améliorer en même temps l'état général.

Nous n'avons ici en vue que le traitement local ; nous le diviserons en deux parties, correspondant chacune à l'une des phases de la maladie. Nous les ferons précéder de quelques considérations sur la phymie laryngée et d'une étude sur la thérapeutique générale avec ses applications. Viendront ensuite nos observations et nos conclusions.

Mais si faible qu'il soit en lui-même, ce travail nous eût paru bien au-dessus de nos forces sans le concours de M. le Dr Moure, qui nous a inspiré ce sujet, et a bien voulu nous aider dans son exposition de ses conseils, de ses vues si éclairées en cette matière et mettre à notre disposition tous les ouvrages nécessaires.

Qu'il daigne accepter la dédicace de cette thèse comme témoignage de profonde gratitude.

Nous remercions notre ami, M. Natier, interne des hôpitaux, d'avoir bien voulu mettre à notre disposition plusieurs traductions d'ouvrages étrangers.

TRAITEMENT LOCAL

DE LA

PHTHISIE LARYNGÉE

I. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA TUBERCULOSE DU LARYNX

Définition. — La tuberculose du larynx ou phymie laryngée est la manifestation au niveau du larynx du tubercule, soit sous forme de granulations, soit sous forme d'infiltration caséeuse, à processus ulcératif et destructeur.

Nous n'avons pas à nous occuper de savoir si cette manifestation est primitive ou secondaire, c'est-à-dire si elle a précédé ou suivi de près la tuberculose du poumon ; dans tous les cas, le traitement sera le même, mais en tenant compte, cependant, de l'état général.

D'après le docteur G. de Lamallerée (1), son apparition a lieu d'ordinaire dans le cours de la tuberculose du poumon (60, 3 °/₀), ensuite on voit les deux affections se montrer simultanément (26,1 °/₀) : le larynx peut être envahi le premier (13,6 °/₀) ; enfin, cet organe peut être pris seul, et la phthisie laryngée et la phthisie pulmonaire peuvent évoluer séparément.

(1) *Etude sur la phthisie du larynx. Recherches cliniques,* F. Marion, Grande-Rue, 1886

Mais peu importe; si on considère la marche de la maladie, on peut décrire trois formes de tuberculose laryngée :

1° Une forme aiguë ;

2° Une forme subaiguë ;

3° Une forme chronique.

Il existe encore une quatrième forme, plus rare, que l'on pourrait appeler suraiguë et qui est la tuberculose laryngée miliaire aiguë coexistant constamment avec la phthisie pulmonaire galopante ; sa terminaison est toujours fatale ; elle ne dure guère plus de 4 à 5 mois. Isambert, dès l'année 1871, a appelé l'attention sur cette forme dans son étude de la pharyngite tuberculeuse ; mais il avait eu le tort de dire que la tuberculose aiguë est une pharyngite qui n'atteint le larynx que secondairement. Barth, en 1880 (1), a reconnu qu'elle peut s'y déclarer d'emblée et même ajoute Ducau (2), y rester parfois localisée.

La définition seule de ces différentes formes indique suffisamment quel est leur mode d'évolution.

Quant à leur manifestation, leur processus, Doléris (3) décrit trois phases successives :

1° Période de formation ;

2° Période d'évolution ;

3° Période de terminaison.

Le docteur Ducau (4) a modifié quelque peu cette division en remplaçant le premier terme par celui d'infiltration plus en rapport, ce semble, avec les symptômes objectifs. Cette division est applicable aux trois formes cliniques que nous avons adoptées ; nous insisterons un peu plus loin sur ces périodes et les lésions que l'on y rencontre.

---

(1) *De la tub. du pharynx,* p. 33, 1880, Paris.

(2) *Loc. cit.,* p. 55.

(3) *Archives de physiologie,* 2e série, tome IV, 1887, Paris.

(4) *Loc. cit.,* p. 27.

Ces trois périodes diffèrent d'intensité et de durée suivant la forme à laquelle elles appartiennent et selon qu'une médication appropriée est ou non portée contre le mal.

D'après G. de Lamallerée (1), la marche de la phthisie laryngée est entièrement subordonnée à l'état pulmonaire; elle peut, quand elle est primitive, revêtir une forme chronique, avec rémissions de plus ou moins grande durée. Cette opinion nous semble un peu exagérée; vraie dans certains cas, elle est inadmissible pour tous les cas.

Mais la tuberculose laryngée est-elle curable? Elle est définitivement curable dans certains cas, rares il est vrai; le plus souvent enrayée dans sa marche qui offre alors une guérison temporaire de plus ou moins longue durée, enfin il est toujours possible de soulager le malade. Voilà ce que nous avons observé à la clinique.

Avant Trousseau et Belloc on a signalé des cas de guérison, mais on n'a pas voulu y croire; eux-mêmes en ont signalé des exemples. Turck, le premier (2), se trouva en mesure de proclamer la curabilité de la phthisie laryngée. Tobold (3) publie plus tard deux observations de malades guéris à Berlin.

Depuis les cas se sont multipliés et ils sont aujourd'hui nombreux. Dernièrement, M. Gouguenheim (4) a présenté au nom de M. Héring (de Varsovie) 28 cas de guérison complète d'infiltration tuberculeuse du larynx avec formation de cicatrices constatées à l'examen laryngoscopique. A l'appui il présente des planches reproduisant les lésions tuberculeuses et le tissu cicatriciel qui les a remplacées et les instruments qui ont servi au traitement local.

Voici de quelle manière il classe ses malades :

---

(1) *Loc. cit.*

(2) *Rech. cliniques sur diverses maladies du larynx;* Paris, 1862, p. 31.

(3) Bœckel, *loc. cit.*, p. 261.

(4) *Bulletins et Mém. de la Société méd. des Hôpitaux de Paris,* nº 8, 4 mai 1887.

1re catégorie : 13 observations de phthisie laryngée et des poumons où cicatrisation dure depuis 3 mois à un an sans récidive.

2e catégorie : 9 malades chez lesquels il y a eu quelquefois récidive mais après cicatrisation ; trois d'entre eux ont guéri.

3e catégorie : six cas d'ulcères tuberculeux du larynx, du nez, de la langue avec un état général très mauvais ; la guérison a eu lieu cependant.

Voilà des faits qui sont assez éloquents par eux-mêmes.

« La constatation sur le larynx d'anciens ulcères tuberculeux cicatrisés démontre d'une façon évidente la possibilité de la guérison », conclut Héring (1). Lui-même, partisan convaincu de la curabilité et souvent de l'amélioration de la laryngite tuberculeuse, présente 11 cas qui démontrent que les ulcérations tuberculeuses non généralisées sont susceptibles tout au moins de s'améliorer par le traitement général ou même local et de guérir entièrement avec restitution pour un temps plus ou moins long des fonctions du larynx.

Le temps nécessaire pour la guérison a été de 2 mois au minimum, de 4 mois en moyenne et de 7 mois au maximum.

Sur les 11 malades observés depuis 1884, 3 sont morts : la guérison persistait chez eux depuis 9 ans, 2 ans, 1 an.

Chez les 8 autres, les ulcérations cicatrisées ne se sont pas rouvertes : la guérison dure depuis 5 mois à 4 ans ; au total, 8 survivants sur 11 malades.

Nous pourrions citer d'autres résultats semblables, mais nous nous éloignerions de notre but ; qu'il nous suffise de dire que la curabilité de la phymie laryngée est admise et soutenue par des hommes éminents et d'un talent incontestable, tels que Gouguenhein (2), Schmidt (3), William Porter (4), Prosser James (5),

(1) *Revue mensuelle de Laryng. d'Ot. et de Rhin.*, n° 7, 1er juillet 1886, p. 385.
(2) Congrès de Milan, 1880. *Compte rendu* par Labus, p. 103.
(3) Phtisie laryngée et son traitement d'après obs. cliniques.
(4) *Arch. of laryng*, N. Y., 1er octobre 1881, p. 323.
(5) Congrès de Milan, p. 123.

Rossback (1), Schrôtter (2), Frænkel (3), Moure (4), qui comme Héring professent une opinion fondée et sur leurs propres observations cliniques et sur l'examen anatomique des lésions.

Mais comme dans toutes les questions difficiles, nous trouvons ici des avis contraires ; ainsi des hommes d'un aussi grand mérite tels que Mandl (5), Isambert (6), Krishaber (6), Mackensie (7) déclarent que malgré tout et quoi qu'on fasse l'affection est fatalement mortelle.

Nous ne chercherons pas à expliquer cette divergence d'idées. Sont-ce des conditions différentes de milieu, de climat, d'hôpital ou de province qui sont cause de ce désaccord ? Est-ce une observation du mal à des degrés divers ? Oserons-nous accuser le parti-pris ? Car il est à noter que la plupart de ceux qui nient toute chance de guérison, ont aussi nié la curabilité de la tuberculose pulmonaire et cependant il existe de bien nombreux cas de guérison et on en trouve de nouveaux tous les jours.

Il nous a été donné à nous de voir sur la table d'autopsie deux cas de guérision naturelle de tuberculose pulmonaire que nous montrait avec sa bienveillance ordinaire M. le professeur Picot chez deux individus morts vers 40 ou 50 ans et qui présentaient chacun une caverne du volume d'un œuf, laquelle était entourée d'une coque épaisse et résistante, présentant tous les caractères du tissu fibreux montrant que celle-ci était guérie depuis longtemps. Ces deux individus avaient de par la clinique succombé à d'autres affections. Et pourquoi le tubercule laryngien, qui est de même

---

(1) Berl. Klin. Wochens, nº 4, 1882.

(2) Cité par Capart, *loco cit.* p. 59.

(3) Berl. Klin. Wochens, nº 4, 1883.

(4) *Loc. cit.*

(5) P. 688. *Traité pratique des maladies du larynx*; Paris, 1872.

(6) *Annales des maladies du larynx,* tome I, 1875, p. 202.

(7) Voir Congrès de Milan (1880) et de Londres 1881.

nature que le tubercule pulmonaire et de plus accessible à tous les topiques ne guérirait-il pas?

D'après M. Garel (1) la plupart des guérisons de tuberculose laryngée et même pulmonaire seraient plutôt spontanées qu'obtenues par les moyens chirurgicaux ; il aurait observé 4 cas semblables. Nous admettons avec M. Héring l'intervention de conditions particulières telles que la force de résistance des sujets, la puissance des forces vitales.

Mais hâtons-nous d'ajouter que ceux qui regardent comme impossible la curabilité de la phymie laryngée ne sont pas exclusifs jusqu'au point de repousser toute idée d'amélioration : ils admettent même une guérison temporaire ; dans certains cas, rares il est vrai, elle est définitive. C'est ainsi que Krishaber aux Congrès de Milan 1880 et de Londres 1881, tout en considérant la tuberculose laryngée comme une affection mortelle, à une échéance plus ou moins longue, admettait cependant la possibilité de guérir l'ulcère tuberculeux. C'est là encore l'opinion de ceux que nous pourrons appeler les pessimistes en cette matière.

Les cas de guérison que relatent les auteurs dans des thèses dignes de foi le prouvent assez ; ou bien ils font admettre alors une erreur constante de diagnostic et il est alors toujours possible de nier.

Naturellement les chances de guérison sont soumises à la forme de laryngite, au degré des lésions et aux complications pulmonaires. Ainsi on n'a pu guérir jusqu'ici ni la forme aiguë, ni la forme miliaire ; la forme subaiguë est aussi très rebelle, mais on peut toujours soulager le malade, et au moyen d'une médication appropriée et le mal attaqué à temps, on peut espérer enrayer ou retarder sa marche. C'est dans la forme chronique qu'on a obtenu les meilleurs résultats.

---

(1) *Revue mensuelle de laryngologie, d'Ot. et de Rhin.*, 1er juin 1886.

Dans tous les cas, tant que les lésions sont au premier ou au deuxième degré, la durée du mal reste indéterminée ; le malade touche de bien près au terme fatal dès que la lésion arrive à la troisième période. Cependant il faudra toujours agir contre le mal en se rappelant les paroles consolantes du professeur Jaccoud (1) à propos de la phthisie pulmonaire : « luttez, luttez toujours avec l'inébranlable confiance que vous pouvez puiser dans la notion de curabilité ; l'ennemi peut être vaincu, voilà l'idée-mère qui doit soutenir vos efforts ; cette conviction, soyez-en certains, est la première condition du succès, car le manque de foi engendre l'inertie thérapeutique. »

---

(1) *Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire,* 1881, Paris.

II. — THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE, APPLICATION

Nous l'avons dit dans notre introduction, nous n'avons en vue ici que le traitement local ; mais dans aucun cas le traitement général ne devra être négligé.

Les divers modes de traitement locaux qu'on a mis en œuvre pour combattre la tuberculose du larynx peuvent se diviser en 3 classes : 1° les Révulsifs; 2° les Topiques; 3° les Moyens chirurgicaux. Après les avoir décrits, nous dirons quelques mots des injections gazeuses rectales de C^2O et H^2S.

1° Révulsifs. — Ils sont indiqués chaque fois que la manifestation tuberculeuse débute par une congestion de la muqueuse ou qu'il se fait une nouvelle poussée aiguë dans la forme chronique. Ils peuvent être portés, soit au niveau du larynx, soit à distance. S'ils doivent être placés au niveau du cou, il faudra choisir les côtés du cartilage thyroïde plutôt que la face antérieure. On comprendra, en effet, combien doit être désagréable pour le malade une révulsion en un point qui est le siège de frottements continuels.

Les autres points choisis d'ordinaire sont, ou le bras ou le sternum. Le docteur Fauvel prescrit souvent le vésicatoire au bras du côté le plus affecté; nous préférons, avec M. Moure, le placer à gauche si le malade est droitier et réciproquement. On suivra, dans tous les cas, cette règle de Mandl (1) qui prétend que la force des révulsifs doit être proportionnelle à l'étendue de la lésion. La révulsion doit être, de plus, continuelle pour qu'elle soit efficace; ainsi, Krishaber et Peter (2) qui emploient les cautères (potasse

(1) *Traité pratique de révulsion du larynx;* Paris, 1872.

(2) *Dict. encyc. des Sc. médicales*, 2e série, t. I, art. *Larynx*, p. 673.

caustique ou pâte de Vienne) au niveau du cou, entretiennent la suppuration pendant longtemps, depuis un à plusieurs mois.

Nous étudierons plus loin les divers révulsifs.

2° Topiques. — Les applications topiques qui sont indiquées, soit à la période d'infiltration, soit à la période d'ulcération, peuvent se faire de 5 manières différentes sous la forme :

1° D'insufflations de poudres ;

2° De gargarismes ;

3° De pulvérisations d'eaux minérales ou médicamenteuses ;

4° D'humages ou inhalations d'eaux semblables aux précédentes,

5° Et d'attouchements directs du larynx.

a. *Insufflations*. — D'une manière générale, c'est là un mode de traitement peu facile à employer qui offre des inconvénients assez sérieux, qui les ont fait à peu près exclure de la thérapeutique laryngée. Les poudres, quelles qu'elles soient, ne doivent pas être employées ; elles sont, comme dit Mackensie (1), ou nuisibles ou inertes, suivant qu'elles contiennent ou non un principe actif.

Les substances réduites en poudres peuvent être introduites dans le larynx, soit par l'insufflation, soit à l'aide de différents injecteurs ; c'est là un procédé très ancien, puisque Arétée le premier s'en est servi.

Les instruments mis en usage sont : 1° celui de Rauchfuss dans lequel la poudre est chassée en pressant sur une boule élastique située à l'extrémité de l'instrument ; 2° le tube à insufflation, qui est un morceau de tube élastique attaché à l'extrémité libre d'un tube en caoutchouc vulcanisé. Mais nous venons de le dire, ce mode de traitement offre des inconvénients et entre autres celui de mal se diffuser à la surface de la muqueuse, d'atteindre là des

(1) Cité par Capart, *loc. cit.*, p. 99.

parties saines et de provoquer de la toux, du spasme même, la poudre jouant le rôle d'un corps étranger introduit dans les voies aériennes.

b. *Gargarismes.* — Ils rendent de réels services dans certains cas déterminés; ils doivent toujours être employés tièdes, jamais à froid. Nous n'avons pas à insister sur la manière dont on doit pratiquer le gargarisme pour le rendre efficace, mais nous pouvons dire cependant que cette médication n'est employée que dans les cas de lésions extra-laryngées ; c'est plutôt un bain de gorge qu'un véritable gargarisme que devra prendre le malade.

Pulvérisations d'eaux minérales ou médicamenteuses. — Pour appliquer sur le larynx des liquides sous une forme pulvérulente, on se sert d'instruments appelés pulvérisateurs; il en existe de plusieurs sortes : mais en réalité les tubes de Bergson (1) sont supérieurs aux autres. Ils ont été employés dans celui du Docteur Andrew Clarck (2) dans lequel une boule en caoutchouc fournit l'eau qui pulvérise, et celui de Siegle (3) dans lequel la pulvérisation du liquide se fait à l'aide de la vapeur. Il existe aussi, construit sur le même principe, celui de M. Moure qui a l'avantage d'être peu coûteux et d'un emploi assez facile.

Le docteur Solis-Cohen a aussi construit un appareil qui porte son nom ; il est à une seule boule et à jet interrompu.

Elles peuvent d'après M. Moure, être employées à toutes les périodes de la maladie, soit dans les formes ulcéreuses ou légèrement ulcéreuses; nous nous rangeons à l'avis de notre maître, et nous verrons pourquoi dans les pages suivantes.

Il faut, avant de les mettre en usage et pour qu'elles portent leurs fruits, faire l'éducation du malade; il devra se placer à une

---

(1) Cité par Mackensie, *Traité prat. des maladies du Larynx.* Traduction par MM. Moure et Bertin; Paris, 1882, p. 344.

(2) Mackensie, *loc. cit.*

(3) Mackensie, *loc. cit.*

distance d'environ 10 à 15 centimètres du jet et la bouche largement ouverte, il respirera naturellement au milieu des vapeurs. Au début, il tousse souvent. Certains malades ne sachant pas aplatir leur langue contre le plancher de la bouche ne peuvent faire parvenir les vapeurs jusque dans le larynx; dans ce cas, on leur conseille d'abaisser eux-mêmes leur langue au moyen d'une cuiller ou bien en l'attirant au dehors avec les doigts enveloppés d'un linge. L'ouvre-bouche de Mathieu peut encore rendre des services dans ce cas.

c. *Inhalation ou humage.* — Le humage des vapeurs peut se faire soit dans une atmosphère limitée qu'on a, au préalable, saturée de ces vapeurs, soit au-dessus d'une source d'eau naturelle qui grâce à sa température, laisse dégager les principes actifs qu'elle contient, soit au-dessus d'appareils appelés inhalateurs.

« Les instruments les plus efficaces, dit Mackensie (1), sont ceux dans lesquels le malade inhale de la vapeur mêlée à l'air; ce dernier traverse le liquide chaud et devient alors parfaitement imprégné du principe actif du médicament. Dans les vapeurs inhalées où il n'existe pas un courant d'air suffisant, le remède a beaucoup moins d'action. »

Nous citerons l'inhalateur éclectic, l'inhalateur portatif de Martindale, l'inhalateur de Bullock employé dans les hôpitaux de Londres (2). Il y a encore l'inhalateur à vapeur du docteur Lee : il est fort utile dans ce sens qu'il dispense le malade de faire des efforts inspiratoires (3).

Enfin un dernier appareil est les bouillottes à vapeur; le meilleur dans ce sens est la bouillotte à air pour le croup (Ventilating croup Kettle) de MM. Allen, qui donne constamment une quantité de vapeur à un état de division très fine.

---

(1) Traduction de MM. Moure et Bertier, *loc. cit.*, p. 346.

(2) Dessins *in* Mackensie, *loc. cit.*, p. 347, 8-9.

(3) Construit par Mathieu et fils, Paris.

d. *Attouchements.* — Les attouchements consistent en des applications directes de solutions médicamenteuses au niveau du larynx. Ces applications se font soit au moyen de pinceaux, soit au moyen du porte-éponge, soit au moyen du porte-ouate (Moure).

M. Mackensie se sert de pinceaux en poil de chameau ou d'écureuil, coupés en surface plane ou en pointe à leur extrémité, suivant, dit-il, la longueur de la surface ou du point qu'on veut toucher (1) et fixés solidement à un fil d'aluminium recourbé sur un angle d'environ 90. On peut faire varier et la longueur et le volume des pinceaux suivant les cas.

Le docteur Fauvel de Paris se sert d'éponges pour appliquer des solutions sur le larynx; ce moyen offre l'avantage de pouvoir employer une éponge absolument neuve avec chaque malade et à chaque consultation (2).

Il existe encore un porte-éponge américain que Mackensie trouve excellent et qu'il a modifié de manière à le rendre tout à fait sûr pour éviter que l'éponge ne s'échappe; il a ajouté une griffe qui maintient les deux tiges du porte-éponge fixées l'une à l'autre.

Le docteur P. G. Smyly de Dublin (3) se sert d'ouate attachée à l'aide d'un fil résistant à une tige d'aluminium recourbée.

Tous ces instruments offrent des inconvénients; ainsi les pinceaux devraient être renouvelés chaque fois et deviendraient ainsi trop coûteux, ou chaque malade devrait avoir le sien. Le porte-éponge est bien préférable au pinceau, mais il a le désavantage de laisser quelquefois échapper l'éponge, accident dont s'est préoccupé Mackensie. Quant à l'appareil de Smyly, il est trop long à monter, puisqu'il faut chaque fois et enrouler et attacher le fil.

Nous citerons, en dernier lieu, et pour le recommander, l'appa-

---

(1) *Loc. cit.*, p. 340.

(2) Cité par Mackensie, *loc. cit.*, p. 342.

(3) Cité par Mackensie, *loc. cit.*, p. 342.

reil très simple et peu coûteux dont se sert le docteur E.-J. Moure. Il consiste en une tige de fer recourbée à angle convenable, montée sur un manche et munie à son extrémité d'aspérités autour desquelles on enroule un morceau d'ouate hydrophile que l'on renouvelle après chaque application. « Pour enrouler l'ouate, on tiendra un morceau de cette dernière étalée entre le pouce et l'index de la main gauche, et après avoir préalablement mouillé l'extrémité de l'instrument dans l'eau pour lui donner du mordant, on décrira avec le manche de l'instrument tenu de la main droite un mouvement de torsion pendant lequel l'ouate s'enroulera autour de la tige (1). Il n'y a pas à craindre comme pour l'éponge qu'elle se détache, car elle est même dans certains cas tellement bien fixée que l'on la retire avec difficulté.

Moyens chirurgicaux. — A vrai dire, ce dernier mode ne tient qu'une place fort restreinte dans le traitement de la phymie laryngée ; aussi s'étonne-t-on, à juste titre, que des praticiens se soient montrés qui aient voulu ériger ces derniers moyens presque en méthode thérapeutique.

Ils sont de 4 sortes :

1° Les scarifications ;

2° Le tubage du larynx ;

3° La trachéotomie ;

4° Le râclage.

a. *Scarifications.* — Ce mode de traitement a été préconisé par Schmidt de Francfort (2), pour combattre l'œdème qui accompagne les ulcérations et prévenir ainsi les accès de suffocations. Cet auteur a d'abord cru que l'infiltration de la paroi postérieure provenait, la plupart du temps, d'une périchondrite du cartilage aryténoïde agissant à la façon d'un corps étranger ; ainsi ce car-

(1) Mackensie, Annotation par Moure, *loc. cit.*, p. 342.

(2) *Phthisie laryngée et son traitement d'après des observations cliniques,* communications au Congrès de Milan, compte-rendu par Labus; Milan, 1882.

tilage, dit-il, devrait être enlevé plus fréquemment. « Afin de faciliter cette extirpation, je faisais des incisions dans la paroi postérieure avec le couteau ; mais ces incisions trop petites guérissaient trop rapidement. Je fis alors faire des ciseaux convenablement recourbés avec lesquels je me proposais d'inciser la paroi postérieure jusqu'au cartilage aryténoïde. »

Mais il n'atteint pas toujours son but, l'élimination de ces cartilages. Ses tentatives ne sont pas cependant, selon lui, restées infructueuses, car, dit-il, elles montrèrent les résultats magnifiques que l'on pourrait retirer des larges incisions au point de vue de la résorption de l'infiltration. Je les fais encore, ajoute-t-il, dans cette intention, et je ne saurais assez les recommander à mes confrères. Il se sert maintenant de ciseaux dont les branches glissent l'une dans l'autre comme dans l'amygdalotome. Voici comment il opère : « On introduit les ciseaux fermés derrière l'épiglotte, on les ouvre, on pousse en bas une branche dans le larynx, l'autre dans l'œsophage. Les vomituritions que provoque constamment cette opération en favorisent l'éxécution, car elles portent les parties à couper au-devant de l'instrument, et celui-ci en se fermant les atteint à leur partie supérieure, ce qui a, la plupart du temps pour conséquence de faire une incision moins grande qu'on ne l'aurait voulu ; la douleur de l'opération n'est pas très grande et ne dure pas longtemps ; en général, il n'y a qu'une petite saignée, il est rare qu'on soit obligé de couper une seconde fois. »

Et plus loin, « si l'infiltration ne guérit pas, parce que l'incision guérit trop rapidement, on peut alors en faire une seconde et même une troisième. »

Il traite ainsi, soit les œdèmes aigus, soit les œdèmes chroniques.

Il faut avouer que ce traitement est quelque peu audacieux ; aussi, nous ne pouvons partager son avis pour deux raisons :

1° d'abord parce que la structure du tissu conjonctif du larynx se prête mal après scarification à l'écoulement du liquide contenu dans ses mailles et 2° parce que nous redouterions une poussée aiguë après une semblable section.

Mais cette méthode aurait encore sa raison d'être si on avait affaire à un œdème vrai, à une infiltration séreuse; c'est ce que croyaient Mandl (1) et Bœckel (2), et voilà pourquoi ils ont recommandé ce procédé avant de recourir à la trachéotomie; mais les recherches micrographiques ont démontré depuis que l'œdème aigu n'était qu'un gonflement inflammatoire et l'œdème chronique un amas de nodules tuberculeux; aussi les scarifications ne sont indiquées dans aucun cas.

Isambert (3) qui les a expérimentées n'a pas tardé à voir leur inutilité.

Zawertlall (4), de son côté est arrivé à regarder comme absolument inacceptable le traitement proposé par M. Schmidt aux Congrès de Milan et d'Amsterdam. »

b. *Trachéotomie.* — Cette opération comme les deux autres n'a qu'une indication tout à fait symptomatique et pour but de parer à une complication tout à fait éventuelle, l'asphyxie.

Celle-ci est due à la sténose glottique qui peut reconnaître pour origine ou le gonflement inflammatoire ou les productions phymiques polypiformes, ou des lambeaux flottants de la muqueuse, ou l'enclavement d'un cartilage nécrosé, ou la paralysie des muscles dilatateurs.

Un auteur américain, Beverley Robinson (5), ex-interne des hôpitaux de Paris, a érigé cette opération en mode de traitement.

---

(1) *Loc. cit.* p. 69.

(2) Dict. Jaccoud. art. *Larynx,* p. 260.

(3) *Annales des maladies du larynx,* tome I, 1875.

(4) Lettre particulière à Ducau.

(5) Cité par Mackensie, p. 532. Traduction Moure et Bertier.

Selon lui, « pour obtenir un résultat satisfaisant, il est indiqué de ne pas retarder l'opération, mais plutôt de la pratiquer dès que la nature de la maladie est connue, et que les autres moyens semblent inutiles afin que les malades loin d'avoir à souffrir de la présence de la canule, bénéficient, au contraire, de l'opération (1).»

Le larynx, ajoute-t-il plus loin, serait même à l'abri d'irritations de toute sorte, telles que l'abus de la voix, poussières quelconques, etc., qui aggravent le mal ; mais il ne nous paraît pas avoir tenu assez compte de l'état pulmonaire au moment de l'opération; en effet les lésions laryngées à cette période sont l'indice de désordres pulmonaires presque irréparables et qui, par suite, rendent nuls les effets de la trachéotomie.

Si donc le malade est à la période de cachexie ou si son état général est trop mauvais, il faut rejeter cette opération : « Ce n'est pas la gravité de l'opération, dit le Dr Astier (2), mais bien l'intérêt du malade qui n'y retirerait aucun profit. » Et Mackensie (3) ajoute : « J'ai eu l'occasion de pratiquer la trachéotomie pendant ces 20 dernières années dans quelques cas de phthisie laryngée (une douzaine de fois peut-être) ; mais quoique cette opération ait activement remédié aux symptômes urgents de dyspnée, je ne puis me rappeler un seul cas dans lequel elle ait retardé le processus morbide. »

Cependant MM. Serkowski (4) et Ripley (5) auraient obtenu quelques heureux résultats dans des cas où le malade eût infailliblement succombé si l'on n'eût eu soin d'ouvrir la trachée. M. Moure (6) cite un cas semblable, mais depuis il n'a pas eu le même succès.

---

(1) The Med. Rec., 17 mars 1883.

(2) *Des indications et de la trachéotomie,* thèse, Paris, 1879, p. 48.

(3) Cité par Ducau, *loc., cit.* p. 140.

(4) *Algem. Méd. Chir. Zeitung,* août, 78.

(5) Cité par Beverley Robinson. Th. Méd. Record, mars 1883.

(6) *De la tuberculose et de la syphilis laryngées ;* Paris, 1879 (1re obs.).

Betz (1) (de Mayence) a pratiqué la trachéotomie chez deux femmes atteintes de tuberculose laryngée, dans le dernier mois de la grossesse : l'une d'elles a guéri. MM. Fraënkel et Schrötter n'admettent la trachéotomie qu'en cas de sténose prolongée.

Schmidt (2) de Francfort a fait huit fois la trachéotomie dans les cas de phymie laryngée avec dyspnée ; selon lui, son utilité consiste non seulement en ce qu'on donne libre accès à l'air pour l'hématose, mais encore elle évite que l'air franchissant les parties sténosées du larynx exerce une action thermique ou mécanique sur ce dernier.

Quant à nous, si l'état du malade est encore bon, si les lésions pulmonaires ne sont pas trop avancées, et surtout si la lésion est primitive, nous regardons comme indiquée l'ouverture de la trachée en présence d'une asphyxie menaçante ; la main nous semble arrêtée, au contraire, si la cachexie existe.

c. *Tubage du larynx.* — Cette méthode a des origines purement françaises, elle a été d'abord employée pour combattre, sans trachéotomie, l'asphyxie du croup et depuis quelque temps les médecins américains semblent la préférer à la trachéotomie.

C'est Bouchut qui, le premier, l'a mise en usage avec succès contre le croup chez deux jeunes malades en 1858; la même année il fit une communication de son résultat à l'Académie de médecine, mais Trousseau combattit très vivement ses conclusions et le procédé ne trouva pas de partisans (3).

Les instruments employés par M. Bouchut sont des viroles cylindriques en argent, longues de 2 centimètres, droites, terminées en haut par deux bourrelets distants de 6 millimètres, et présentant à ce niveau un pertuis dans lequel passe un fil de soie

---

(1) *Revue Mens. de Laryng., d'Ot.*, 1er nov. 86.

(2) *Revue Mens. de Laryng., d'Ot.*, 1er nov. 86.

(3) *Le Progrès,* journal des Sciences et de la Profession médicale, par L. Fleury 1858, p. 370, 399, 448, 535, 553, 559, 562 et 589.

destiné à fixer la virole au dehors. Pour introduire ces viroles sous la glotte, on les fait glisser autour d'une sonde d'homme préalablement poussée dans le larynx; elles viennent se placer dans l'orifice glottique même et les cordes vocales inférieures se trouvent comprises entre les bourrelets que les canules présentent. (Isch Wall) (1).

Aujourd'hui, après 30 ans, cette opération est reprise en Amérique et sur les mêmes principes que ceux de M. Bouchut.

On comprendra que nous n'entrions pas dans l'historique de cette question qui n'a pour nous qu'un intérêt secondaire ; on le trouvera exposé tout au long dans les nos 18, 25 et suivants du *Progrès médical*, par Isch. Wall; bornons-nous à dire que, d'après M. Capart (2), l'emploi régulier de ce traitement suffirait déjà à lui seul à faire disparaître les hypertrophies de la muqueuse. Bayer (3) en aurait aussi obtenu de bons résultats.

Le docteur Masséi (4) (de Naples) conseille la dilatation graduelle quand la trachéotomie ne peut être faite et qu'on craint d'augmenter l'infiltration collatérale.

Nous ne comprenons guère quels peuvent être les effets de ce traitement mécanique, et avec notre maître, M. Moure, nous ne pouvons en recommander l'emploi.

Injections gazeuses rectales de CO^2 et le H^2S. — Ce traitement a été proposé par le docteur Bergeon. Il consiste en injections rectales de CO^2 et de H^2S parfaitement purs et complètement privés d'air atmosphérique dans le but de stériliser le bacille tuberculeux, de permettre aux lésions pulmonaires de s'amender et de guérir complètement.

Cette méthode étant encore trop nouvellement entrée dans la

---

(1) *Progrès médical*, no 18, 30 avril 87, p. 352.

(2) Cité par Ducau, *loc. cit.*, p. 138. — Capart, thèse Bruxelles, 1877.

(3) Lettre particulière à Ducau, 1882.

(4) *Revue mensuelle de Laryng. d'Ot.*, 1er juin 1886.

thérapeutique, nous devons nous borner à la signaler, ne pouvant encore porter un jugement à cet égard soit pour la recommander, soit pour infirmer sa valeur dans le traitement de la phymie laryngée.

M. le Dr Charazac de Toulouse (1) nous apprend que la méthode de Bergeon lui a donné de « fort mauvais résultats et n'a fait qu'abréger la vie des malades. » Il nous cite une observation du docteur Baratoux inclinant dans ce sens.

Râclage. — M. Bayer (1) a conseillé le râclage des plaies et l'ablation des granulations ; nous croyons ce procédé bien dangereux.

M. Héring de Varsovie (2) n'hésite pas à râcler les tissus hypertrophiés, puis il badigeonne à l'acide lactique ; il aurait obtenu de nombreux cas de guérison. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet dans le cours de notre travail.

---

(1) Lettre particulière du 15 juillet 1887.

(2) Communication particulière à Ducau, 1882.

(3) Bull. et Mém. de la Société médicale des hôpitaux de Paris, n° 8, 4 mai 1887.

III. — PREMIÈRE PÉRIODE OU PÉRIODE D'INFILTRATION

Nous avons reconnu à chacune des 3 formes de phymie laryngée 3 phases successives; nous allons aborder le traitement local en opposant à chacune de ces 3 phases le mode de traitement qui lui convient en le faisant précéder de quelques mots sur la nature de la lésion d'après l'examen laryngoscopique, sur les troubles fonctionnels qui l'accompagnent, afin que de cet exposé ressorte mieux la légitimité de l'emploi du médicament opposé à la lésion.

Il ne nous semble pas hors de propos de dire d'abord quelques mots du traitement prophylactique; le malade chez qui on soupçonnera un début quelconque de tuberculose ou qui sera nettement tuberculeux devra ne point faire un usage exagéré de sa voix, il évitera les refroidissements, les milieux contenant des poussières irritantes, des vapeurs et de la fumée de tabac en particulier; à ce propos on le fera changer de profession, s'il y a lieu; on s'abstiendra à son égard de toute médication irritante.

a. *Symptômes objectifs.* — La première période de la phymie laryngée est caractérisée par la formation de tubercules dans l'épaisseur des tissus présentant les symptômes du catarrhe simple mais différencié par quelques traits particuliers. MM. Moure (1), Isambert (2), Ducau (3) ont noté une pâleur palato-pharyngée, et plu-

(1) Cours, juin 1887.

(2) *Loc. cit.*, p. 193.

(3) *Loc. cit.*, p. 34.

sieurs auteurs anglais et américains, tels que Semeleder (1), James Sawyer (2), Solis Cohen (3), Lennox Browne, Semon (4) l'ont remarquée aussi au niveau du larynx. D'un autre côté, de nombreux auteurs notent l'hyperhémie laryngienne comme annonçant parfois le début de la maladie.

Cette congestion n'ayant rien de spécial selon les uns, localisée et revêtant des formes en stries parallèles ou étoilées selon d'autres, n'a de véritable signe de spécificité que si « d'une rougeur vive et persistante, elle reste circonscrite à la région aryténoïdienne où ne tarde pas à se développer un commencement de tuméfaction. »

La spécificité est certaine si on constate l'*aspect velvétique* qui, d'après le docteur Brébion (5) est un signe aussi certain de la phymie laryngée que les craquements le sont de la phymie pulmonaire. Toutefois, ce signe serait presque toujours spécial à la forme chronique. En même temps, d'après Marcet (6) et le docteur Capart (7), les glandes du larynx peuvent devenir la source d'une sécrétion blanchâtre qu'il ne faut pas confondre avec des érosions de la muqueuse, d'où « l'aspect chassieux » des cordes vocales (Isambert). L'épiglotte peut, par exception, revêtir le même aspect, mais tous ces différents signes sont très fugaces et n'ont qu'une valeur précaire.

b. *Symptômes fonctionnels.* — Ces symptômes sont peu marqués ; la voix peut rester intacte, mais on constate d'ordinaire un peu d'enrouement ; la voix est un peu voilée, quelquefois cassée. La toux est en rapport avec l'état des poumons et il n'existe pas de troubles locaux douloureux.

---

(1) Cité par Mackensie, *loc. cit,*. p. 508.

(2) *The Lancet,* p. 15, 30 janvier 1875.

(3) *New-York Médecine Record,* nº 26, 1878.

(4) *London, Méd. Record,* 15 avril 1879.

(5) *De l'aspect velvétique,* Thèse Lyon, 1882, p. 49.

(6) *The Lancet,* 1875.

(7) *Loc. cit.*, p. 39.

Qu'allons-nous opposer à ce commencement d'infiltration? S'il y a pâleur, anémie, les révulsifs ne seront naturellement pas indiqués ; s'il y a congestion, la médication révulsive doit, au contraire, être employée. Nous avons dit plus haut comment nous devions faire la révulsion ; à quels agents devons-nous nous adresser ?

Révulsifs. — Les révulsifs entre lesquels on aura à faire un choix sont : les badigeonnages iodés, les frictions d'huile de croton, les pointes de feu, les cautères et les solutions au nitrate d'argent.

Les badigeonnages iodés, pas plus que les frictions d'huile de croton, ne nous donnent guère de bons résultats et leur action n'est que bien faible, d'autant plus que ces frictions sont toujours douloureuses ; lorsqu'il y a œdème congestif du larynx, il semble indiqué de les faire au niveau de la région aryténoïdienne. Mais nous recommandons les petits vésicatoires placés alternativement à droite et à gauche du larynx ; le vésicatoire, peut-être trop laissé de côté de nos jours, donne ici de très bons effets, et son choix nous semble justifié dans ce cas.

Les pointes de feu ont le don d'effrayer beaucoup les malades, personnes souvent délicates et nerveuses. Les cautères ne sont pas à dédaigner : ou bien comme Peter et Krishaber on les appliquera au cou, ou bien comme Mandl au niveau du sternum. Cependant nous leur préférons avec M. Ducau la solution au nitrate d'argent proposé par M. Crocq (1) et ainsi composée :

Nitrate d'argent.....	1 gr.
Eau distillée.....	1 gr.
Acide nitrique.....	8 gr.

Pour l'employer on en imbibe de petites boules d'ouate que l'on applique au niveau du larynx en plusieurs points différents.

---

(1) Cité par Capart, *loc. cit.* p. 96.

Ce procédé a l'énorme avantage de ne pas être douloureux. Le docteur Capart (1) en a retiré de très bons résultats.

Mais ce ne sont là, malgré tout, que des moyens bien palliatifs, très utiles certainement mais insuffisants pour enrayer le mal si on ne porte au niveau du point malade des topiques dont tous les auteurs ne manquent pas de recommander la combinaison avec les révulsifs.

Topiques. — Les différents topiques qu'on a l'habitude d'opposer à cette période sont :

Insufflations. — Les matières insufflées sont des astringents, comme l'acétate de plomb dilué dans du lait (Schnitzler) (2), des sels de cuivre, d'alun, de tannin (Schnitzler).

Mais nous avons déjà dit ce que nous pensions des insufflations en général; ainsi croyons-nous inutile de revenir sur ce sujet.

Pulvérisations. — Les médicaments dont on fait usage en pulvérisations sont très nombreux; ainsi : le baume du Pérou, de Tolu, la teinture d'Eucalyptus, l'essence de térébenthine, la créosote de hêtre, le goudron, l'acide phénique au 1/1000e dont nous parlerons tout spécialement, le bromure de potassium, le chlorure de sodium, l'acide lactique, dont nous discuterons les effets, l'acide benzoïque et le benzoate de soude ; puis, viennent les eaux minérales et particulièrement celles de Mont-Dore.

Ici encore, nous devons faire un choix, et si tous ont un effet quelconque, il en est qui paraissent remplir une indication particulière.

Balsamiques. — *Baumes du Pérou et de Tolu, Benzoate de Soude.* Ces substances trouvent ici leur emploi, mais elles ne sont guère qu'un adjuvant très commode que M. Moure associe tous les jours aux pulvérisations d'acide phénique ou lactique; leur

(1) *Loc. cit.*

(2) *De la tuberculose miliaire du larynx et du pharynx, Vieni, méd. Presse*, nos 20, 23, 26, 1881.

action en tant que médicament n'est guère sûre, et, si elle existe, elle ne se borne qu'à diminuer et modifier l'expectoration. C'est le benzoate de soude et le baume du Pérou qu'on emploie le plus ordinairement.

Schmidt au Congrès de Milan, 1880, a préconisé le baume du Pérou à cause de l'acide benzoïque qu'il contient et de la facilité de son administration; il l'employait en inhalations faites au moyen d'un cornet d'un mètre de long s'adaptant à la bouche et reposant par sa base au-dessus d'un demi-litre d'eau bouillante qu'on maintient sur un réchaud à l'esprit de vin et dans laquelle on a versé 8 à 15 gouttes de la mixture suivante :

Baume du Pérou.....	10,5 gr.
Esprit de vin.....	6 gr.

Le malade doit continuer ce traitement de un mois à un an. Nous n'avons pas eu l'occasion d'expérimenter ce mode de traitement; nous avons à douter de ses effets puisque le benzoate de soude qui n'en diffère guère, a été laissé complètement de côté par Zawerthal et Jaccoud. Ce dernier lui préfère, à juste titre, les pulvérisations phéniquées.

Chlorure de sodium. — Le séjour aux bords de la mer doit être soigneusement évité par les tuberculeux; c'est là un point sur lequel tout le monde est d'accord : aussi sommes-nous étonné de voir figurer ce médicament dans la phthisie laryngée puisque ce sel est nuisible aux phthisiques.

Quoique le Dr Balmer Habsart (1) lui reconnaisse de grands avantages, nous ne le conseillons pas d'après la considération faite à son sujet; nous ne l'avons jamais vu employer par M. Moure.

---

(1) *Du traité de la tub.* Zeischr. fur. Klin. Méd. Bd. V. Hefft 3, 1883. Allg. Méd. Centralzeit nº 12, 1883.

Acides Phénique et Lactique. — Ces deux acides et particulièrement le premier sont d'un emploi journalier ; l'acide phénique peut être employé en pulvérisations à toutes les périodes de la maladie et à tous les cas, même en vue de la prophylaxie ; nous en parlerons à la deuxième période où son indication est plus formelle.

Résorcine. — On peut encore employer la résorcine 1/50 et les vinaigres antiseptiques en pulvérisations ; et leurs effets nous ont paru satisfaisants.

Pulvérisations d'eaux minérales. — Elles se font sous forme de douches et l'eau arrive dans la bouche du malade soit à travers un crible, soit réfléchie par une palette. Nous les rejetons du traitement d'un larynx tuberculeux ou susceptible de le devenir, parce qu'elles sont excitantes et amènent dans cet organe une congestion qu'il faut soigneusemeut éviter.

Créosote de hêtre. — Tout le monde connaît les propriétés de la créosote : on sait que pure elle cautérise vivement les muqueuses avec lesquelles elle est en contact, mais que étendue, elle est un agent efficace de substitution ; son action s'adressera donc plus particulièrement aux formes torpides de l'affection.

M. Cadier (1) l'a vantée à juste titre : mais pour en obtenir de bons résultats, il faut lui opposer les pulvérisations phéniquées, les lui substituer dès qu'elle a produit les plus légers phénomènes d'irritation.

Voici une formule courante :

Créosote pure	6 à 8 gouttes
Alcool pur	5 gr.
Glycérine neutre	50 gr.
Eau distillée	300 gr.

INHALATIONS : *Eaux alcalino-arsénicales.* — Les plus fréquem-

(1) *Manuel de laryngoscopie*, Paris, 1880.

ment employées sont celles de Mont-Dore. Elles donnent de bons résultats grâce à leur contenu qui est par litre de : Arsenic, 0,005 ; bicarb. soude, 0,10, et autres sels en quantité moindre ou moins importante.

Comme les pulvérisations phéniquées, elles sont applicables à toutes les périodes de la maladie.

Quant à leurs effets, nous ne croyons pouvoir mieux faire qu'en citant les conclusions formulées par M. Joal (1).

Les vapeurs minérales de Mont-Dore, ont des propriétés émollientes et sédatives ; chaque fois que se manifestent des symptômes aigus, congestifs ou inflammatoires, elles agissent à la façon d'un topique adoucissant ; leurs effets sont comparables à ceux d'un baume, d'un cataplasme que l'on applique sur une plaie, sur une partie enflammée ; elles doivent être considérées comme un agent antiphlogistique. Mises en contact avec la muqueuse du larynx, les vapeurs diminuent l'irritabilité de cette membrane, la sensibilité réflexe est notablement atténuée, et nous avons depuis longtemps remarqué que l'examen laryngoscopique était bien mieux toléré par les malades, les jours où ils se rendaient aux salles d'aspiration. Les inhalations minérales produisent d'excellents résultats dans la laryngite aiguë, dans l'hyperhémie passagère des tuberculeux ; sous l'influence des vapeurs, l'afflux sanguin se modère, la sensation de chaleur, de sécheresse, perçue par le malade se fait moins vivement sentir, la toux diminue de fréquence et d'intensité, le miroir laryngien permet en même temps de constater un amendement des symptômes objectifs, la coloration et la tuméfaction de la muqueuse deviennent moins prononcées.

Dans les cas de phthisie laryngée à la période d'ulcération et

---

(1) Cité par Ducau, *loc. cit.*, p. 122.

de suppuration, les vapeurs opèrent un lavage général de la cavité vocale, elles détergent la surface des plaies et débarrassent les parois laryngées des produits purulents qui y sont accumulés. Dans les derniers temps de la maladie, chez les sujets qui ont de la douleur à la déglutition, qui ont de la dysphagie, les inhalations seront employées avec le plus grand profit, elles atténueront ou même feront disparaître momentanément les phénomènes douloureux. C'est ce que nous avons observé chez trois malheureux phthisiques qui, pendant leur cure thermale à Mont-Dore ont pu se passer de pulvérisations morphinées auxquelles on avait antérieurement recours pour les faire manger. Comme traitement, ces malades ont seulement bu de l'eau et fait de l'inhalation.

Les propriétés de ces eaux arsenicales se passent facilement de tout commentaire.

Sulfureux. — Nous avons hésité un moment à placer ici les sulfureux, car c'est surtout comme traitement général qu'on les emploie; cependant, comme ils ne sont pas toujours pris à la source même, qu'on les emploie quelquefois artificiellement et de plusieurs manières, soit en boissons, soit en gargarismes, soit en humages, soit en bains, soit en pulvérisations ou inhalations, nous avons cru pouvoir les placer à côté de celles-ci, d'autant plus que nous avons à nous occuper avant tout de leurs effets sur le larynx.

La valeur thérapeutique des sulfureux est loin d'être connue; elle est très incertaine, pour ne pas dire dangereuse, et elle a besoin d'être rigoureusement déterminée.

En thèse générale, tout *tuberculeux du larynx,* revenant d'une station telle que Cauterets, Amélie-les-Bains, Bagnères, Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes, etc., se plaint de n'avoir pas éprouvé les bons effets qu'on lui avait promis ; bien au contraire, il a vu son mal s'aggraver ; sa voix, au lieu de s'améliorer, s'est presque éteinte ; en un mot, la diathèse a reçu un véritable coup de fouet;

les mêmes plaintes sont formulées par les malades qui font usage de ces eaux chez eux.

En présence de tels résultats, on se pose aussitôt deux questions : le malade a-t-il abusé de ces eaux? ou bien les sulfureux sont-ils contraires à la phymie laryngée? Voici ce que répond à à cette deuxième question une vòix compétente : « Avec un demi-verre de Rallière par jour en boisson, et trois quarts de verre en gargarisme, il est commun de voir, dès la première semaine, se produire des phénomènes locaux de réaction qui nécessitent la suspension momentanée du traitement thermal ; nul doute que de grandes doses ne seraient funestes dans tous les cas. » (Dr Guinier) (1).

Ces phénomènes locaux du côté de l'arbre laryngo-bronchique sont encore notés par le docteur Serrand (2), médecin consultant à Cauterets :

« L'usage du laryngoscope, avec lequel on peut suivre pas à pas les effets des eaux sur la muqueuse laryngienne, permet au médecin de reconnaître les premières manifestations d'excitation thermale et de modifier le traitement en ayant recours à des sources plus sédatives et des doses plus faibles ou de le suspendre momentanément afin d'éviter la .congestion thermale du larynx (coloration rouge framboisée caractéristique de tout le vestibule laryngien) qui, pour nous, est le premier signe de la saturation thermale ».

Ainsi la congestion laryngée est le premier signe de la saturation thermale ; et quoi d'étonnant à cela, si on songe aux voies par lesquelles s'élimine l'hydrogène sulfuré ? « En s'éliminant par les bronches et la peau, dit Berlioz (3), l'hydrogène sulfuré en active les sécrétions. » Mais on sait que toute sécrétion s'accom-

(1) *Revue médicale de Toulouse,* n° 7, juillet 1883.

(2) *Renseignements sur Cauterets* ; Paris, 1882.

(3) *Manuel de thérapeutique;* Paris, 1883.

pagne d'une congestion à son niveau ; voilà donc la raison de cette poussée aiguë du côté du larynx. Le docteur Mandl (1) regarde les sulfureux comme des excitants diffusibles et déterminant un exanthème connu dans les stations thermales sous le nom de poussée ; « des phénomènes analogues, dit-il, se déclarent du côté de la muqueuse respiratoire qui devient le siège d'une légère phlogose et même d'hémorrhagies. »

Ainsi, excitation générale, congestion active du côté du larynx, voilà les premiers phénomènes observés. Mais à leur apparition, le degré voulu n'a-t-il pas été dépassé ? N'est-ce pas l'abus de ces eaux qui a amené cette congestion ?

Nous ne pouvons le croire ; puisque le soufre s'élimine sous forme d'hydrogène sulfuré par les voix aériennes, il amène fatalement une congestion de ces parties. Il faudrait alors admettre que cette femme dont parle Cazenave (2) et qui perdit la voix après le quatrième verre d'Eaux-Bonnes avait dépassé les limites de la médication, était saturée ? Que les malades dont parle Guinier (3) et qui voient dès la première semaine après un seul demi-verre de Rallière par jour se produire des phénomènes locaux de réaction, étaient aussi saturés ?

Quoi qu'il en soit, leur action est encore mal connue si elle n'est pas constamment nuisible, et leur administration est entourée des plus grandes difficultés : aussi, d'après les conseils de M. Moure qui n'a pas eu aussi à se louer de l'usage de ces eaux, nous garderons-nous de les conseiller jusqu'à preuve de meilleurs effets. Ils sont, en effet, contre-indiqués dans la laryngite aiguë où il s'agit, au contraire de combattre la congestion. En est-il de même dans la forme chronique ? Nous avons recommandé la créosote dans la forme torpide parce qu'elle amène une irritation :

---

(1) *Loc. cit.*

(2) *Recherches cliniques sur les Eaux-Bonnes ;* Paris, 1854, p. 52.

(3) *Loc. cit.*

ne serait-ce pas aussi le cas de conseiller les sulfureux qui produisent un effet semblable ? Et Bergeaud (1), Deel (2), Isambert (3), les ont en effet réservés pour ces cas ; mais l'irritation est ici trop vive et ramène l'affection à l'état aigu qu'il faut précisément éviter. Pidoux (4), qui était si bien placé à Eaux-Bonnes pour étudier tous ces effets, déclare « qu'il a toujours trouvé cette eau vaine ou nuisible dans la vraie phthisie laryngée. Elle irrite trop le larynx et on n'observe pas plus tard la réaction en sens inverse. »

Dans la séance du 4 avril 1885 de la Société française de Laryngologie et d'Otologie (5), le docteur Duhourcau, de Cauterets, se prononce en faveur des sulfureux ; selon lui, si ces eaux sont administrées dans des limites rationnelles, avec un choix prudent et bien approprié, on n'aura pas à craindre de fâcheux résultats. « Si M. Moure a constaté des effets déplorables sur ses malades à leur retour des Pyrénées, dit-il, ce n'est pas aux eaux seules qu'il faut les attribuer, mais plutôt, je n'hésite pas à le dire, à la mauvaise direction imprimée à leur traitement thermal, ou mieux et le plus souvent encore, aux écarts trop fréquents de la ligne tracée par le médecin dirigeant, aux excès de traitement et aux imprudences auxquelles les malades se laissent si facilement aller. » Et j'ai à mon appui, ajoute-t-il, l'opinion du docteur F. Garrigou, de Luchon, qui conseille aussi les eaux sulfureuses de Cauterets, de préférence à toute autre, pour les affections de la gorge de nature tuberculeuse. »

M. Duhourcau cite malheureusement comme preuve l'observation d'un malade qui, sous l'influence de la médication sulfureuse,

---

(1) *Rech. sur la nature et le trait. des manifestat. laryngées de la tub.* Paris, 1873.

(2) *De la pht. lar.* Th. Paris, 1872.

(3) *Loc. cit.*

(4) *Etude sur la phthisie ;* Paris 1874, p. 457.

(5) *Bulletins et Mémoires de la Société française de Laryngologie et d'Otologie,* t. II, fasc. 2, 1885, p. 183 et suiv.

fut pris d'un œdème aigu de la glotte tel, que la trachéotomie dut être pratiquée presque *in extremis*. « N'est-ce pas là, répond M. Moure, une application bien topique de cette conclusion formulée dans ma communication du Congrès de Copenhague, à savoir que les sulfureux suffisaient pour amener une poussée aiguë plus nuisible qu'utile au malade ? Enfin, cette réserve qu'apporte M. Duhourcau dans l'administration des sulfureux, cette parcimonie avec laquelle il recommande l'emploi de ces eaux, et les précautions qu'il faut prendre pour en mesurer la portée, ne sont-ce pas là autant d'arguments qui viennent plaider en faveur de ma thèse et montrer les dangers de cette médication dans les cas de ce genre ? »

MM. Sénac, Garel, Delie, Joal, qui prenaient part à la discussion, ont partagé amplement l'avis de M. Moure.

M. le docteur Charazac (1), de Toulouse, a bien voulu nous faire connaître le résultat de la séance du 11 avril 1887, où la question des sulfureux a été discutée par la Société de Médecine et de Chirurgie de Toulouse. Il confirme en tous points l'opinion de M. Moure au Congrès de Copenhague : « Inflammation nouvelle du côté du larynx et poussée de tubercules », tel est l'effet obtenu, dit-il.

Il nous cite l'observation d'un malade atteint de tuberculose-laryngée à forme torpide chez qui après huit jours d'administration des eaux de Labassère, des ulcérations se produisirent et qui perdit une partie de son épiglotte. Sous l'influence des sulfureux, ajoute-t-il plus loin, on voit se produire fréquemment des poussées de tuberculose miliaire et il porte à l'appui un grand nombre d'observations.

Son opinion est partagée par un certain nombre de médecins de Cauterets et des Eaux-Bonnes qui se plaignent aussi de

---

(1) Lettre particulière du 15 juillet 1887.

l'action nocive des sulfureux. Récemment encore l'un d'entre eux lui disait en propres termes : « Quand un médecin me fait l'honneur de m'envoyer un malade, je lui dis toujours : et surtout ne m'envoyez pas de tuberculose laryngée. »

Enfin, conclut M. Tcharazac, « donner des sulfureux dans la tuberculose laryngée, c'est fournir un engrais à une terre parfaitement ensemencée et qui ne demande qu'une occasion propice pour se développer. »

Le docteur Guinier combat ses conclusions ; pour lui, c'est à *tort que ces eaux ont été appelées sulfureuses ;* elles n'agissent pas par le soufre qui s'y trouve en trop petite quantité et dans la tuberculose laryngée elles ont un effet favorable *malgré le soufre qu'elles contiennent.*

Malgré ces assertions, des praticiens d'un grand talent restent froids et continuent à envoyer leurs phthisiques aux eaux sulfureuses.

Attouchements.— Avant tout, faisons ici une recommandation expresse celle d'éliminer rigoureusement tout topique en présence d'un catarrhe aigu sous peine de voir empirer le mal au lieu de s'amender. M. Moure les emploie journellement au début de la maladie, lorsque l'inflammation n'est pas trop vive, sous forme de solutions très légèrement astringentes, qu'il porte au niveau du larynx avec son porte-ouate ; les substances dont il se sert le plus ordinairement sont : *le nitrate d'argent, le chlorure de zinc, la teinture d'iode* très fortement dilués.

La généralité des malades, pour ne pas dire tous, s'en trouvent très bien ; nous citons particulièrement l'observation (V. 2e obs.) d'une jeune femme qui il y a 9 mois vint à la consultation de M. Moure présentant une phymie laryngée à la période catarrhale et des craquements au sommet du poumon droit ; grâce à un traitement général et à des attouchements répétés d'une solution très faible de chlorure de zinc, la lésion s'est amendée, les craquements ont disparu, la voix alors éteinte est redevenue normale.

IV. PÉRIODES D'INFILTRATION ET DE TERMINAISON

Symptômes objectifs. — La deuxième période est caractérisée dans la généralité des cas par des ulcérations et un gonflement inflammatoire. D'après les recherches anatomo-pathologiques de M. Doléris (1), les ulcérations sont de deux sortes : les unes profondes, les autres superficielles.

C'est ordinairement dans la région aryténoïdienne des cordes vocales et la face supérieure des bandes ventriculaires et sur l'épiglotte qu'elles apparaissent d'abord; la desquamation se fait par places : ou l'aspect velvétique prend un plus grand développement et on a alors les végétations papillaires, ou bien ce sont des érosions en coup de râpe entre lesquelles la muqueuse apparaît très rouge et enflammée, rarement exsangue; les ulcérations ne tardent pas à leur succéder; petites et peu étendues au début, elles deviennent ensuite confluentes et par là des foyers purulents.

Dans la forme miliaire aiguë, elles ont un aspect cupuliforme ou cratériforme.

Le gonflement inflammatoire marche de pair et prend bientôt de grandes proportions : « ainsi les replis ary-épiglottiques ressemblent à deux tumeurs pyriformes œdémateuses, « le repli interaryténoïdien se confond avec ce gonflement, et les cordes vocales ne peuvent plus arriver au contact. » (M. Mackensie.)

Les autres parties de l'organe ne restent pas à l'abri de cet envahissement ; les cordes vocales sont aussi prises à leur tour ; d'abord rouges, puis dépolies, elles s'ulcèrent ensuite et se défor-

(1) *Recherches sur la tub. du larynx*, p. 859.

ment ; aussi dès que la corde vocale est divisée, l'organe prend « les dispositions les plus bizarres. » (Isambert.)

Selon cet auteur, l'épiglotte s'ulcère aussi de bonne heure après être devenue très rouge, œdématiée et parfois triplée de volume. En général, les ulcérations finissent par se confondre avec celles des bandes ventriculaires et peuvent « simuler un vaste crachat gris sale.» (Ducau).

Dès ce moment, le gonflement fait de rapides progrès et l'épiglotte comme la glotte prend les dispositions les plus variées : fer à cheval (Capart) ; gros bourrelet saillant ou turban (M. Mackensie) ; phimosis (Isambert) ; museau de tanche utérin enflammé (Fauvel).

Exceptionnellement, on remarque un œdème uni-latéral, la propagation des lésions aux tissus avoisinants (trachée, pharynx).

Si on ne parvient pas à faire disparaître cet œdème et à modifier les ulcérations, les lésions déjà bien avancées entrent dans la 3e période contre laquelle nous n'avons guère que des moyens palliatifs et nous laissent sans le moindre espoir de guérison.

L'œdème devient de plus en plus considérable, les ulcérations s'étendent encore en profondeur et en surface ; le processus destructif amène bientôt la désorganisation complète du larynx, les tissus profonds s'altèrent, les cartilages eux-mêmes s'enflamment, le « larynx s'affaisse et sa cavité se trouve réduite à une fente étroite et anfractueuse. » (Isambert.)

La suppuration est très abondante et de mauvaise nature.

Arrivées à cette période, les lésions ne rétrogradent plus, et le malade est fatalement emporté soit par un accès de suffocation dû à l'œdème ou à l'inaction des muscles dilatateurs, soit par consomption, soit par une véritable septicémie.

Symptômes fonctionnels. — Affaiblie seulement dans la première période, la voix devient rauque, raboteuse ; quelquefois,

elle prend des caractères de bitonalité et de dysphonie (Jaccoud) ; d'autres fois elle est éteinte et chuchotée.

La toux, toujours en rapport avec les lésions pulmonaires, existe aussi, mais il ne faut pas perdre de vue qu'elle peut manquer en même temps que l'altération de la voix ; la toux n'a cependant jamais fait défaut dans la forme aiguë. Les caractères sont variables ; elle peut amener des vomissements répétés lorsqu'elle survient après les repas, c'est la toux éructante de Trousseau et Belloc, elle provoque aussi l'expectoration qui diffère en nature et en abondance suivant les lésions; en dernier lieu, elle est muco-purulente. Suivant Fauvel, il n'y aurait pas de laryngorrhagie.

Deux phénomènes plus importants sont : la salivation abondante et la dysphagie, celle-ci pouvant acquérir une intensité notable et devenant par ce fait une complication des plus pénibles (forme dysphagique de la phymie laryngée Ferrand) (1). Elle coïncide toujours avec le deuxième temps de la déglutition.

Les aliments pâteux sont déglutis avec moins de douleur ; les liquides et les solides le sont difficilement. Le vin particulièrement provoque une telle souffrance que le malade renonce à en boire (Ducau). Chez certains, les aliments et principalement les boissons sont rejetés par les narines en grande partie, quelquefois pénètrent dans le larynx et amènent des quintes de toux, des régurgitations et des vomissements (Ferrand). La déglutition de la salive est particulièrement douloureuse et Ducau dit avoir vu certains malades refuser de l'avaler.

La douleur fait aussi partie du cortège symptomatique ; localisée soit au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, soit du côté où les lésions sont le plus avancées, elle consiste soit en un picotement, soit en un sentiment de cuisson, médiocrement influencé par la pression, la phonation et l'acte respiratoire ; la

(1) Cité par Ducau, *loco. cit.*

toux et les vomissements de déglutition, au contraire, l'exaspèrent. Elle s'irradie presque toujours du côté des oreilles et souvent cette région est plus douloureuse que le larynx.

Viennent enfin les troubles respiratoires dus à des lésions à la fois pulmonaires et laryngées; ils consistent en cornage, dyspnée et accès de suffocation.

Tous ces symptômes s'accentuent de plus en plus si on n'arrête la marche de la maladie; la voix est perdue, la toux éteinte. La dysphagie cause des douleurs si atroces que le malade refuse de s'alimenter et tombe dans un désespoir fatal. Le plus souvent les aliments solides sont vomis et les liquides tombent dans le larynx. Survient tout à coup une amélioration; mais il ne faut pas s'y méprendre, le malade n'a que quelques moments à vivre.

Cette dernière période n'a jamais dépassé une année; elle dure à peine quelques mois.

C'est là le sombre tableau auquel aboutissent fatalement les formes aiguës, suraiguës et subaiguës si celle-ci n'est pas traitée, si on ne parvient pas à ralentir sa marche, à la rendre chronique en quelque sorte. Du reste, elles acquièrent un nouveau caractère de gravité en dehors de celui qui leur vient de la multiplicité et de l'étendue des lésions, dans ce fait qu'elles se compliquent toujours de lésions pulmonaires graves.

Quant à la forme chronique, c'est celle que l'on rencontre le plus ordinairement; elle est susceptible de rester longtemps stationnaire même à la phase d'ulcération, sinon de rétrograder et de guérir complètement comme le professent MM. Moure (1), Pelan (2), Bosworth (3), Schmidt (4), Porter (5), Gouguen-

(1) Leçons cliniques.

(2) *Etude clinique sur la phthisie laryngée* Th. Paris 1878, p. 34.

(3) *A manual of diseases of the trot and nose Newtfork,* 1881, p. 93.

(4) *Loco cit.*

(5) *Arch. of Laryng.* N. Y. 1er Oct. 1881, p. 223.

heim (1), etc. « La durée des deux premières périodes est indéfinie, écrit Isambert (2), il en résulte que tous nos efforts doivent tendre à les prolonger. »

Après cet exposé un peu long, occupons-nous du traitement qui convient à ces lésions.

Insufflations. — Nous avons déjà fait leur procès, et si nous en reparlons, c'est pour dire que les insufflations de morphine qu'a recommandées Mackensie et celles d'iodoforme, sont avantageusement remplacées aujourd'hui : les premières par des pulvérisations, des attouchements ou des injections sous-cutanées de ce médicament, les secondes aussi par des attouchements à la glycérine iodoformée. Sous cette forme, nous reparlerons plus loin de ces deux médicaments.

Mais avant nous devons dire un mot de l'iodol, qui ne possède pas l'odeur désagréable de l'iodoforme, n'irrite pas et ne diminue pas l'appétit. M. Lublinski (3) a présenté deux cas de tuberculose laryngée guéris par l'emploi de l'iodol. Les deux malades étaient nettement tuberculeux : l'un d'eux avait une lésion assez profonde au niveau du repli interaryténoïde, l'autre des ulcérations du tiers postérieur des deux cordes vocales avec épaississement notable. La guérison fut complète, absolue. Il a parlé aussi de 13 autres malades chez qui il obtint une amélioration, mais non une guérison complète. Ce médicament ferait cesser la dysphagie.

Pour obtenir ces résultats, il lui a suffi d'une insufflation par jour, quelquefois même tous les deux jours.

Gargarismes. — Les gargarismes ont un emploi très restreint ; ils ne sont indiqués que lorsqu'il existe des lésions extra-laryngées

---

(1) *Loc. cit.*

(2) *Conférences cliniques*, p. 102.

(3) Société de Médecine interne Berlinoise, séance du 29 nov. 1886.

et sont surtout efficaces contre les lésions de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques. On emploie alors les gargarismes à la créosote ou à l'acide phénique ; nous pouvons recommander particulièrement l'emploi de la solution suivante :

Acide phénique.....	1 gr.
Iode métallique.....	0,05 à 0,10
Iodure de potassium..	0,10 à 0,15
Laudanum.....	1 à 2 gr.
Glycérine.....	45 à 120 gr.

(Une cuillerée à café dans un verre d'eau tiède matin et soir.)

L'iode, soit en gargarismes, soit en attouchements, provoque parfois des picotements et des vomissements ; dans ce dernier cas, il faut en suspendre l'emploi. On ferait alors usage de teinture d'eucalyptus associée au baume du Pérou et à l'acide phénique et enfin de bains de gorge émollients. (Moure).

Inhalations et Pulvérisations. — L'acide phénique, si employé de nos jours depuis la découverte de Lister, est un des rares médicaments dont l'efficacité soit à peu près incontestée dans le traitement de la phthisie laryngée. M. Moure l'emploie journellement, et en obtient toujours de bons effets. De quelle nature sont ces effets et comment agit-il ? Ecoutons ce qu'en dit le professeur Jaccoud (1) l'employant en inhalations à propos de la tuberculose pulmonaire : « Lorsque tout marche bien, en général après huit à dix jours, on constate déjà une diminution notable de l'expectoration, et si elle était fétide, ce caractère disparaît ; par suite les phénomènes les plus palpables de la résorption putride, l'anorexie, la dyspepsie et la fièvre, qui avaient résisté à la médication ordinaire, sont amendées, et l'état général du malade est ainsi notablement amélioré. Ce premier groupe d'effets est très ordinaire, je

(1) Cité par Ducau, *loc. cit.*, p. 120.

dirai presque constant ; mais souvent on n'obtient rien de plus ; en revanche, dans un certain nombre de cas, la diminution des sécrétions continue à s'accentuer, le gargouillement cavitaire s'atténue, et au bout de quelques semaines, six à huit en moyenne, la caverne sécrétante, par cela même toujours en imminence d'extension, est transformée en caverne sèche et stationnaire. Dès lors, le malade est en situation de profiter de toutes les éventualités favorables que présente l'évolution du processus local, savoir le *statu quo* qui, dans l'espèce, est déjà un bénéfice, et, dans les cas exceptionnellement heureux, le rétrécissement de la perte de substance et la cicatrisation.

Quelle est la part qui revient aux inhalations dans les effets obtenus ? Je ne puis vraiment pas le préciser, car je suis tellement convaincu de l'action similaire de l'alcool et de la créosote, que je n'ai jamais employé les pulvérisations seules ; je puis seulement dire que dans quelques cas où la médication interne n'avait amené, au bout de plusieurs semaines, aucune modification dans les sécrétions cavitaires, l'adjonction des inhalations a déterminé, à un degré variable mais certain, l'amélioration désirée. »

Dans la phymie laryngée son action est-elle différente ? Vraisemblablement non, car nous avons là affaire aussi à un processus morbide tuberculeux, plus à la portée encore de l'action phéniquée que le tissu pulmonaire et pris beaucoup plus souvent à son début, à sa période congestive.

Quand ces pulvérisations ont, en effet, été pratiquées pendant quelques jours, la lésion s'est déjà modifiée et son aspect n'est plus le même : la rougeur qui circonscrit les ulcérations s'est affaiblie : « les ulcérations se sont détergées et suppurent moins ; le gonflement a diminué ; les sécrétions ont diminué dans le cas de catarrhe trachéo-bronchique et les douleurs sont amendées. » (Ducau.)

Voilà aussi ce que nous avons observé et que nous observons tous les jours à la Clinique de M. Moure.

Passagère dans la forme inflammatoire, l'amélioration est plus ou moins persistante dans la forme subaiguë, car, dans les deux cas, on ne peut guère compter sur la réparation complète des tissus après un processus aussi destructeur. Cependant, si on a affaire à une forme lente, chronique, on peut voir une amélioration assez rapide si on continue longtemps le traitement. La prioliférâtion cellulaire s'arrête ou tout au moins se ralentit, et les pertes de substance se reforment ; de là, cicatrisation plus ou moinsdurable.

Ces bons effets doivent être rapportés, croyons-nous, à l'action antiseptique du phénol et la solution phéniquée employée à doses minimes nous paraît être aussi *anticongestive* et agir comme nous venons de le signaler.

Les séances, soit de pulvérisations, soit d'inhalations, doivent se répéter quatre fois environ dans la journée ; elles doivent ne durer que quelques minutes.

Voici une formule le plus souvent employée à l'état pur.

Acide phénique	0,30 à 0,60 centigr.
Eau laurier-cerise	20 grammes.
Brom. de pot. ou borax	2 à 3 —
Glycérine neutre	30 —
Eau distillée	300 —

A l'élément douleur, à la dysphagie, à la toux de la deuxième et de la troisième période, nous opposons les pulvérisations de morphine combinées aux inhalations antiseptiques et séparées entre elles par un intervalle de 10 à 15 minutes.

On peut également associer à la morphine soit du bromure de potassium, soit de la cocaïne, et la solution suivante nous paraît recommandable dans ces cas :

Chlorhydrate de morphine » » cocaïne	ââ 0,20 à 0,30 centigr.
Eau laurier-cerise	20 grammes.
Glycérine	30 —
Eau	450 —

Dans ce cas, on recommandera au malade de ne pas avaler le liquide, et, à cette condition, on pourra lui prescrire jusqu'à 1 gramme de cocaïne (Moure).

La glace intus et extra remplirait, selon certains, les mêmes indications, mais on n'en a pas toujours sous la main.

Les vapeurs narcotiques ont donné plusieurs succès à Krishaber et à Peter.

Aux vomissements provoqués par une déviation des aliments, on opposera soit la glace, soit la potion de Rivière.

Ces pulvérisations doivent être faites deux à trois minutes avant les repas, surtout s'il existe des lésions extra-laryngées, après un gargarisme qui déterge les surfaces ulcérées, et cela dans le but de calmer les douleurs de la déglutition.

Ce même auteur emploie quelquefois l'acide lactique en pulvérisations, à la dose de 1 à 2 grammes pour une pulvérisation de 200 à 300 grammes de liquide. Le benzoate de soude à 1, à 2 % trouve aussi son emploi suivant l'état de la muqueuse vocale.

Attouchements. — Nous allons nous occuper ici des divers caustiques et astringents mis en usage dans ce mode de traitement.

Caustiques et astringents. — Depuis Trousseau et Belloc, de nombreux auteurs ont employé les caustiques pour obtenir la cicatrisation des ulcérations tuberculeuses ou la destruction des produits formés sur leur pourtour.

Les plus usités sont : le chlorure de zinc au 50e (Bordenave) (1), et la glycérine créosotée proposée par Cadier et Pelan (2); le chlorure de zinc au 30e ou au 40e, le sulfate de cuivre au 50e ou au 1000e, l'acide chromique au 30e ou au 10e; le chlorate de potasse à l'état de solution saturée ou même l'iodoforme (4 gr. p.

---

(1) *De la laryngite tuberculeuse;* Paris, 1878, p. 34.

(2) *Etude clinique sur la phthisie laryngée.* Thèse, Paris, 1878, p. 16.

30 gr. de glycérine) Gouguenheim (1); les astringents : le tannin, le nitrate d'argent, le sulfate de zinc Bosworth (2).

M. Zawerthal (3) de Rome, ainsi que MM. Bayer (4) et Schmidt (5) emploient également le nitrate d'argent, mais à dose très-réduite et comme moyen en quelque sorte secondaire. M. Zawerthal emploie encore le chlorure de zinc au 1000e.

Comme on le voit par ce léger aperçu, le traitement par les caustiques est fort varié; donne-t-il de bons résultats? Ici encore nous trouvons deux opinions bien tranchées et représentées par des maîtres autorisés défendant chacun le caustique qu'il emploie. Aussi G. de Mussy (6) et Niemeyer (7) emploient le nitrate d'argent et en obtiennent de bons résultats. La chlorure de zinc et l'acide chromique sont plus efficaces encore selon Deel (8); et il a, dit-il, souvent recours à ces agents lorsque le nitrate d'argent ne détruit pas les végétations. Il s'agit « d'être hardi », voilà la recommandation d'Isambert (9), et si les ulcérations deviennent plus profondes ou plus étendues, il faut cautériser vivement, d'après Bœckel et Jaccoud (10).

Mais les cautérisations « déterminent des ulcérations », objecte Tobold (11) soutenu par Türck (12) qui déclare qu'elles ne lui ont presque jamais donné de bons résultats et ont été manifestement désavantageuses. « Elles peuvent parfois entraîner le boursou-

---

(1) Cité par Ducau, *Loc. cit.*, p. 109.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Loc. cit.*

(4) Lettre part. à Ducau, 5 novembre 1882.

(5) Lettre part. à Ducau, 9 octobre 1882.

(6) *Clinique médicale;* Paris, 1874, p. 30.

(7) *Path. int.* Trad. par Culmann et Seugel; Paris, 1869, p. 398.

(8) *Annales des maladies du larynx,* tome I, p. 283.

(9) *Loc. cit.*, p. 885.

(10) *Loc. cit.*

(11) *Die Krankh. Kekhlk.;* Berlin, 1865, p. 272.

(12) *Recherches cliniques sur div. mal du larynx;* Paris, 1862, p. 376.

fflement et l'œdème », ajoutent Mandl, Krishaber et Peter (1).

Voilà certes deux opinions bien franchement opposées par les résultats obtenus ; nous n'avons pas à en rechercher la cause. Quant à nous, imitant ainsi la conduite de notre maître, nous nous garderons de les conseiller : tout caustique est banni de la pratique de M. Moure, ce qui ne l'empêche pas d'avoir de grands succès. Pendant son long séjour à la clinique du docteur Fauvel, il a expérimenté les caustiques, et devant les tristes résultats qu'il a obtenus, il a fini par y renoncer. Le docteur Ducau, chef de clinique pendant plusieurs années chez M. Moure, les a timidement employés, et n'a pas tardé à les laisser de côté.

C'est peut-être parce qu'il a agi trop timidement qu'il n'a pas eu de bons résultats ; mais, écrit le docteur Capart (2), « j'ai vu dans presque la totalité des cas les caustiques énergiques produire les plus affreux ravages. »

M. Balmer Habsart (3) nous apprend qu'ils sont littéralement proscrits dans la phymie laryngée par les médecins de la Charité à Berlin.

En 1882, M. le professeur Schrötter (4) écrivait au docteur Ducau : « Je puis dire avec certitude que toutes les cautérisations sont d'un mauvais effet et en tous points à redouter. »

Schmidt, au Congrès de Milan, recommande « d'abandonner enfin les cautérisations à l'aveugle et l'emploi des topiques énergiques. »

Enfin le docteur Ducau les rejette vivement (v. Thèse 1883, p. 111); il recommande dans certains cas de phthisie laryngée torpide les attouchements avec la solution créosotée au 1/50 ou au 1/30 déjà vantée par Cadier (5) et surtout avec les solutions

(1) *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.*, p. 605.

(3) *Loc. cit.*

(4) Lettre part. du 30 décembre 1882.

(5) *Manuel de laryngoscopie.*

faibles iodo-iodurées dont nous avons donné plus haut une formule.

Acide lactique. — Nous avons omis à dessein ce médicament, car nous lui devons une mention particulière à cause de la campagne faite récemment en sa faveur par Krause de Berlin (1) et Héring de Varsovie (2).

Mosetig étudia d'abord l'action de cet acide sur le lupus et la carie fongueuse; selon lui, il détruit radicalement les tissus altérés, produit peu ou pas d'effet sur les tissus normaux; devant les rapports qu'il y a entre ces affections et la tuberculose, Krause l'employa alors contre la laryngite tuberculeuse; d'abord il fit des badigeonnages à 10 °/₀, puis augmenta peu à peu le degré de la solution et arriva même à se servir de cet acide pur; au début, il observa de la cuisson, du spasme du larynx; très atténués par l'emploi préalable de la cocaïne, ces phénomènes ne se reproduisaient bientôt plus. La muqueuse était devenue pâle; avec une solution à 80 °/₀ il se formait une eschare blanchâtre, adhérente, qui tombait bientôt et était remplacée par une cicatrice inégale et concave. De cette manière les troubles de la déglutition et de la phonation s'atténuaient.

Immédiatement, Jelinnek de Vienne (clinique de Schrötter) essaie ce nouvel agent, et un mois plus tard il fait connaître ses résultats : la médication peut irriter légèrement la muqueuse saine, mais agit surtout d'une façon efficace sur les tissus hypertrophiés et hyperplasiés. Ce n'est donc pas un spécifique ; il empêche le développement de l'affection tuberculeuse, diminue et supprime la dysphagie, le gonflement et les accès de suffocation ; il peut donc prévenir la trachéotomie.

Héring va plus loin et le considère comme un médicament

---

(1) *Berlin, Klin. Wochenschrift,* 20 juillet, 1885.

(2) *Revue mensuelle de laryngologie, d'Ot. et de rhinoscospie,* 1er juillet, 1886 nº 7, p. 385.

curatif de la phthisie laryngée; il présente 16 observations dans lesquelles il a obtenu :

4 fois une guérison complète.
2 » » guérison presque complète.
4 » des améliorations notables.
6 » des améliorations fonctionnelles.

Comme le premier effet de ce médicament est de causer une douleur vive, parfois même accompagnée d'œdème, Héring conseille un badigeonnage à la cocaïne; puis on râcle les ulcérations, et une fois détergées et rendues saignantes, on fait des applications pures ou à moitié de ce liquide. En agissant ainsi, il y aurait des chances de guérison.

Ce traitement a été repris en France par Gouguenheim qui l'a préconisé à la Société de laryngologie en présentant les 21 cas de guérison d'Héring dont nous avons parlé plus haut.

De plus, Masséi de Naples a publié une série d'insuccès capables de faire hésiter ; il a eu des accès de suffocation redoutables.

Héring, emporté par on ne sait quel zèle, est même allé jusqu'à le recommander en injections interstitielles dans la muqueuse laryngée ; pour éviter la douleur, il fait, au préalable, des injections sous-muqueuses de chlorhydrate de cocaïne et quelquefois d'iodoforme. Il faut dire toutefois que cette méthode opératoire offre des difficultés presque insurmontables.

Nous ne pouvons encore juger de la valeur de cette médication trop récemment introduite dans la pathologie laryngée ; mais nous pouvons affirmer que son emploi est peu facile, très douloureux et que nos malades s'y soumettraient moins facilement que ceux de Berlin et de Varsovie. Nous voulons bien croire aux succès obtenus par ces auteurs, mais nous sommes convaincu que la somme totale des guérisons obtenues par leur méthode n'est pas supérieure à celle que l'on obtient par le traitement de douceur que nous avons toujours vu appliquer dans ces cas. La tubercu-

lose n'est pas une affection *assez et seulement locale* pour que l'on s'attache tant et tant à faire disparaître et guérir ses manifestations laryngées. Aussi un spécifique local nous paraît peu important à trouver ; nous préférons de beaucoup un spécifique général, et le problème de la curabilité de la tuberculose serait alors résolu.

Quant aux astringents, nous serons moins exclusifs à leur égard à condition qu'ils soient employés en solutions faibles et très diluées ; nous avons dit déjà à propos du traitement de la 1re période que M. Moure avait toujours retiré de bons résultats de solutions iodées faibles.

Iodoforme. — Nous avons rejeté son emploi en insufflations, car, outre les inconvénients qu'il présente comme toute poudre, il laisse encore après lui une odeur si pénétrante et si désagréable qu'il empêche les malades de prendre aucune nourriture à cause du mauvais goût dont sont imprégnés tous les aliments.

Il a été conseillé en solution éthérée au 1/3 ou au 1/4 à côté des calmants par Masséi (1) et Schiffers (2). Il calme l'odynphagie et est supérieur à la cocaïne dont l'action est trop passagère, dit Masséi ; celle de l'iodoforme est plus prompte et modifie sensiblement le processus ulcéreux : la sécrétion diminue, le fond de l'ulcère se découvre et des végétations granuleuses l'acheminent à la cicatrisation tout en atténuant les phénomènes collatéraux et leurs conséquences, savoir : l'infiltration des ligaments que l'on pourrait appeler éléphantique. « C'est donc, conclut-il, un remède par excellence car il guérit en les cicatrisant les ulcérations tuberculeuses. »

M. Moure (3) recommande aussi son emploi parce qu'il «déterge comme les calmants les surfaces malades et forme une couche protectrice comme un vernis à la surface de l'ulcération ».

---

(1) *Revue mensuelle de laryngologie*, 1er juin 1886.

(2)

(3) Leçons cliniques à l'hôpital Saint-André.

M. Gouguenheim (1) l'emploie aussi en attouchements à la dose de 3 grammes d'iodoforme pour 30 grammes de glycérine ; c'est sous cette forme aussi que nous le conseillons et surtout de préférence aux pulvérisations, car il a ainsi moins de chance de laisser son goût dans la bouche. Peut-être l'iodol trouverait ici sa place ; nous avons déjà parlé de ses effets.

Comment agit l'iodoforme ? On sait aujourd'hui quel est l'emploi fréquent de l'éther iodoformé contre les manifestations scrofuleuses ou tuberculeuses, et les bons résultats qu'on en retire ; aussi croyons-nous qu'un même médicament s'adressant à des lésions de même nature doit avoir des effets semblables.

MM. les docteurs Boosworth (2), Beetz (3) et Mosety (4), qui l'emploient en insufflations, le regardent comme un spécifique des ulcères tuberculeux ; MM. Delbastaille et Troisfontaines (5), tout en reconnaissant son action spécifique sur les processus tuberculeux locaux, attribuent se seffets à sa propriété antiseptique. Voici, du reste, comment ils formulent leur opinion (6) : « l'action thérapeutique de l'iodoforme est généralement rapportée à ce fait qu'au point d'application de cette substance, une certaine quantité d'iode est mise constamment en liberté à l'état naissant. Or, les qualités antiseptiques de l'iode nous sont connues depuis longtemps.

Quelques heures après l'application de cette substance, on constate la présence d'iode dans toutes les sécrétions physiologiques; et, malgré cette continuelle élimination, la résorption est si grande que la plaie ne cesse d'être soumise à l'influence de l'iode

---

(1)

(2) *Loc. cit.*, p. 294.

(3) *Loc. cit.* fasc. 2, p. 25.

(4)

(5) *Du pansement à l'iodoforme*; Liège, 1882, p. 8 et 12.

(6) Cités par Ducau, *loc. cit.*, p. 113 et 114.

constamment produit. Il en résulte encore que l'iode, mis en liberté, n'est pas assez considérable pour déterminer une cautérisation des tissus.

Les propriétés antiseptiques et antituberculeuses de l'iodoforme doivent vraisemblablement être attribuées à l'action prolongée de l'iode.

M. Maurice Schmidt (1) dit que pendant deux ans il l'a employé très fréquemment et qu'il le regarde comme un remède précieux.

De même MM. Zawerthall (2), Schiffers (3), Butz de Mayence (4), lui reconnaissent de bons effets.

Le premier à l'exemple de Masséi, l'emploie dissous dans l'éther en attouchements; « il est, dit-il, un bon antiseptique et un excellent modificateur, en même temps qu'il jouit de qualités précieuses et sans égales dans les cas où le malade est exposé aux douleurs déchirantes de la dysphagie douloureuse. » Butz n'a d'autre but, dit-il, que de tenir les ulcérations sous une couche permanente de cette poudre et de réaliser ainsi un pansement antiseptique plus ou moins complet.

Schiffers, qui a obtenu aussi des résultats encourageants, n'ose attribuer un cas de guérison qu'il a eu dans sa clientèle privée entièrement à la médication locale ; pour lui, les conditions hygiéniques dans lequel était placé le malade ont aussi joué un grand rôle.

Cependant il est de notre devoir de faire quelques réserves, car au milieu de l'accord unanime pour vanter les effets de ce médicament, plusieurs auteurs ont élevé leur voix pour montrer combien on les avait exagérés. Parmi ces auteurs, nous citerons

---

(1) Lettre part. à Ducau, 1881.

(2) *Loc. cit.*, p. 4.

(3) *Loc. cit.*

(4) *Berlin. Klin. Wochenchr.*, n° 2, 1882.

Balmer Habsart, dont nous avons déjà parlé (1), il reconnaît à l'iodoforme des avantages réels : « Il peut, dit-il, déterger toute ulcération du larynx, de n'importe quelle grandeur ; il soulage les malades, amène quelquefois la guérison des ulcères, mais il en saurait prévenir les récidives. C'est un bon antiseptique, mais non pas un spécifique; comme il a certains inconvénients très considérables pour les phthysiques, son emploi n'est indiqué que quand les autres moyens ne produisent pas d'effet. »

Ces conclusions il les a tirées de l'observation de 26 malades qu'il traita par l'iodoforme en insufflations pendant une période variant de 8 à 30 jours ; il cite particulièrement le cas d'une ulcération de la langue que l'iodoforme ne put empêcher de s'agrandir et de s'étendre, mais dont la douleur et le gonflement disparurent.

Quoi qu'il en soit, l'iodoforme a de grandes qualités, et M. le Dr Moura vient encore d'en faire le panégyrique à la réunion de la Société française de Laryngologie du 29 avril dernier; mais il ne faut pas abuser de son emploi, car on cite tous les jours de nouveaux cas d'intoxication par ce médicament. Kœnig (2) a rapporté un cas semblable après l'application d'un gramme d'iodoforme; depuis, de nombreux cas ont été signalés.

Morphine. — Contre les douleurs locales ou irradiées de la deuxième et troisième périodes, la dysphagie concomitante et la toux on peut encore employer les calmants en attouchements : C'est à la morphine que nous donnons la préférence parmi ces agents et, si on ne l'associe pas à une solution phéniquée en pulvérisations, on peut faire des attouchements directs avec la solution suivante, à l'exemple de Schnitzler :

Chlorydrate de morphine 0,20 centigr.
Glycérine ..... 6 » grammes.

(1) Cité par Ducau, *loc. cit.*, p. 115, 116.

(2) In centrall. of chirurg., 1882, nos 7 et 8.

ou bien comme Krishaber et Peter (1) :

Extrait d'opium.	ââ 0,50 centig.
Extrait de belladone.	
Eau distillée de laurier cerise.	20 grammes.

Nous conseillons aussi la formule suivante (Moure) :

Chlorydrate de cocaïne. . . .	ââ 0,25 à 0,50 cent.
» de morphine. . .	
Glycérine pure.	60 grammes.
Acide phénique au lactique. .	1 gramme.

Mais nous aimons tout autant les pulvérisations ou les injections sous-cutanées de même nature.

Moyens chirurgicaux. — Nous nous sommes assez étendu sur ce sujet en discutant quelles étaient les indications et les contre-indications de ce traitement.

Ce traitement n'est que symptomatique; il a pour but de remédier, dans la mesure du possible, à un accident, l'asphyxie. Des trois moyens que nous avons étudiés, nous préférons la trachéotomie.

Dans ce cas, on ne fera pas choix de la trachéotomie thyro-cricoïdienne par crainte de tomber sur des cartilages nécrosés.

---

(1) *Loc. cit.*

OBSERVATIONS

Il nous serait facile de citer ici des observations assez nombreuses de phthisie laryngée améliorées ou guéries, recueillies par nous-même ou empruntées à des auteurs étrangers ou à des thèses comme celle de M. Moure, de M. Ducau; mais nous avons cru suffisant d'en rapporter seulement cinq, car on se trouve toujours en présence des mêmes lésions et qu'un seul fait bien observé nous suffirait pour prouver la curabilité de l'affection dans quelques cas déterminés.

OBSERVATION I

Phymie laryngée primitive subaiguë à la deuxième période (*Guérison.*)

M. L..., ph..., à P..., 33 ans, se présente le 9 octobre 1885 à la clinique de M. Moure pour un enrouement, une grande douleur à la déglutition ; sa respiration est aussi un peu gênée.

Antécédents héréditaires. — Pas d'antécédents tuberculeux dans sa famille.

C'est un homme d'une taille élevée, bien constitué, mais un peu amaigri. Il n'a jamais eu la syphilis ni le moindre antécédent morbide.

Il y a 4 mois, il commença à ressentir au fond de la gorge des picotements qui le gênaient beaucoup et le faisaient souvent tousser; peu à peu et à mesure que le temps s'est refroidi, la douleur est devenue plus forte; il éprouve surtout, dit-il, une vive souffrance chaque fois qu'il veut avaler des liquides acides ou des matières un peu dures comme la croûte de pain, ou sa salive qu'il remarque être devenue plus abondante. Sa voix

s'est à peine altérée; il y a 2 mois, il a commencé à maigrir et a des sueurs nocturnes, mais peu abondantes.

Examen des poumons. — Sa poitrine comme le reste du corps est, en effet, un peu amaigrie : les clavicules font une légère saillie, cependant la sonorité est normale en avant et en arrière et l'auscultation ne donne pas le moindre signe de lésion pulmonaire.

Examen laryngoscopique. — A l'ouverture de la bouche, on remarque une pâleur assez intense du voile du palais. Le miroir fait apercevoir tous les signes de la tubercule laryngée à la 2e période.

L'épiglotte très épaissie est le siège d'ulcérations bourgeonnantes, et est en partie détruite ; ses replis offrent un œdème assez intense; la région aryténoïdenne est aussi tuméfiée. La bande ventriculaire droite présente des ulcérations et la corde vocale inférieure est rouge et érodée sur toute sa surface. La partie gauche est saine.

A ces lésions correspondent les symptômes fonctionnels cités plus haut.

On fait suivre à ce malade un traitement général et local, ce dernier consistant en pulvérisations phéniquées et morphinées; les douleurs ne tardent pas à disparaître et il suspend ce traitement.

En même temps M. Moure lui fait des attouchements avec une solution iodo-phéniquée et le malade quitte Bordeaux après quelques jours, car ses douleurs ont complètement disparu. Il revient 6 mois après légèrement amélioré; tous les symptômes se sont amendés et il est moins abattu; quelques mois plus tard il revient à la clinique très amélioré. Un an s'était déjà écoulé lorsque nous avons revu le malade le 27 juin dernier dernier; son larynx n'offre plus aucune trace de lésion ; le fibro-cartilage de l'épiglotte est mis à nu et l'opercule est à moitié détruit; toutes les parties sont cicatrisées. Il n'offre plus aucun trouble fonctionnel; il a engraissé et sa santé générale est en ce moment excellente.

OBSERVATION II

Tuberculose laryngée chronique secondaire. Ulcérations sur le tiers postérieur de la corde vocale gauche (*Amélioration*).

Mme B..., 26 ans, sans profession, habitant Bordeaux, rue Judaïque, est venue le 3 septembre 1886 à la clinique de M. Moure pour un enrouement très prononcé et une perte de voix presque complète.

Antécédents héréditaires. — Sa mère est morte, mais elle ne sait de quelle maladie; son père est bien portant; elle a aussi une sœur qui jouit d'une parfaite santé; mariée à l'âge de 21 ans, elle a eu, il y a 3 ans, un enfant aujourd'hui bien portant. Mme B. est une personne grande, maigre, frêle; a eu toujours une santé très délicate. Pas de traces de syphilis. Pas de rougeole; en un mot, aucun antécédent morbide déterminé. Il y a 14 mois environ elle prit un refroidissement, fut alors soignée pour une bronchite, mais depuis elle a continué à tousser; elle a expectoré quelquefois des crachats striés de sang. Depuis 4 à 5 mois ses forces ont diminué en même temps qu'elle s'est vue maigrir; elle a des sueurs nocturnes, vomit quelquefois ses repas après des quintes de toux, se plaint d'une douleur continuelle sans être vive au niveau du larynx, quelquefois entre les deux épaules. Ses règles sont devenues irrégulières et elle est presque aphone; la voix qui lui reste est chuchotée.

Etat des poumons. — Sa poitrine est amaigrie; les clavicules font une saillie assez marquée. Au sommet droit, la percussion fait reconnaître un léger degré de sub-matité; l'auscultation permet d'entendre de chaque côté une expiration prolongée et un souffle sous-claviculaire, et à droite de fins craquements secs. Les bruits du cœur se propagent dans toute la poitrine et s'entendent très bien au-dessous de la clavicule droite.

Examen laryngoscopique. — A l'ouverture de la bouche, on est frappé de la pâleur du voile du palais. Le miroir réflète une rougeur assez vive et un œdème de la région aryténoïdienne se propageant le long de la corde vocale gauche qui est épaissie et offre à son tiers postérieur trois à quatre ulcérations légères en coup d'ongle. Les bandes ventriculaires et l'épiglotte sont saines. Pendant la phonation les cordes vocales ne peuvent arriver en contact à cause de l'obstacle qu'oppose à leur rapprochement la muqueuse interaryténoïdienne.

La malade a suivi rigoureusement son traitement local et général; tous les huit jours sans exception, M. Moure a appliqué des attouchements au chlorure de zinc très dilué et avec une solution iodo phéniquée qu'il alternait. La malade suit son traitement général et fait des pulvérisations phéniquées et à la résorcine.

Un mois après son traitement le gonflement inflammatoire avait disparu; la corde vocale gauche offrait encore quelques petits points rouges, et les ulcérations sont en voie de cicatrisation. L'amélioration s'est poursuivie et à la dernière clinique du 3 juillet il n'existait plus qu'un catarrhe très-léger de la corde vocale gauche.

Les craquements au sommet droit sont à peine perceptibles.

La malade a de nouveau pris des forces, elle a engraissé, et ce qui traduit mieux que toute autre chose son amélioration très notable dans si peu de temps, c'est sa voix qui est redevenue absolument normale.

OBSERVATION III

Phymie laryngée à la deuxième période (*Guérison*).

B..., 30 ans, habitant Bergerac, se présente le 1er juillet 1885 à la clinique de M. Moure; il se plaint d'un enrouement et d'une aphonie non accompagnés de douleur.

Rien de particulier sur les antécédents héréditaires ou personnels.

Il y a 3 ans, il eut une pleurésie qui guérit sous l'influence du traitement ordinaire; mais depuis il a toussé et a maigri peu à peu sous l'influence de cette toux et de l'expectoration qui l'accompagne; il ne dort guère la nuit, a perdu tout appétit et est devenu très faible. Il est pâle et présente tous les symptômes de l'anémie. Il est à peu près aphone.

Etat des poumons. — L'amaigrissement est général et se remarque surtout au thorax. Le poumon droit offre tous les signes de la tuberculose au début : sub-matité, craquements secs, souffle sous-claviculaire, propagation des bruits du cœur, etc.

Examen laryngoscopique. — L'épiglotte est saine; son repli droit est tuméfié et pyriforme; il présente de légères érosions sur sa longueur. La région aryténoïdienne est congestionnée. La bande ventriculaire droite est tuméfiée et légèrement érodée. La corde vocale inférieure droite est tuméfiée, rouge et colorée sur toute sa longueur.

On lui prescrit le traitement général ordinaire : huile de foie de morue, arsenic, phosphore alternés et frictions sur tout le corps.

Le traitement local consiste en pulvérisations phéniquées, associées au bromure de potassium. On pratique les attouchements ordinaires.

Revient en août 1886 très amélioré et le mois dernier il jouissait d'une parfaite santé ; toutes les lésions objectives avaient disparu.

OBSERVATION IV

Phymie laryngée, première période *(Guérison)*.

M. le docteur Guignard, de Guiters, nous envoie le 11 mars 1885 un de ses malades M. Ph..., 28 ans, pour un enrouement opiniâtre.

Les antécédents héréditaire sont nuls : il n'y a jamais eu de tuberculose dans sa famille ; quant à lui il n'a jamais eu que la rougeole vers l'âge de 6 à 7 ans,

Il y a 18 mois, il a eu une hémoptysie qu'on arrêta assez facilement; mais depuis il a gardé un enrouement qui n'a fait que s'accentuer de jour en jour. A cette époque, nous dit son médecin, il présentait des signes manifestes de tuberculose pulmonaire qui s'est très améliorée grâce au traitement.

Aujourd'hui son état général est bon.

Examen laryngoscopique. — Le voile du palais est anémié et le pharynx qui présente un état variqueux est le siège de granulations.

L'épiglotte et le nez sont sains.

Il existe un léger catarrhe de la région aryténoïdienne qui offre l'*aspect velvétique.*

Les bandes ventriculaires sont saines; mais les cordes vocales inférieures sont rouges, exulcérées sur toute leur longueur.

Le malade suit rigoureusement le traitement général et local.

8 mois après, le 3 novembre 1885, il est dans le même état; M. Moure l'envoie alors à Mont-Dore où il fait des pulvérisations alcalino-arsénicales et phéniquées.

1 mois après, le 3 décembre, on observe un état à peine catarrhal de la corde vocale inférieure. M. Moure lui fait alors quelques attouchements à l'iode et des pulvérisations à l'acide lactique à $3^{gr}/50$. Ce catarrhe a disparu au bout de quelques jours et le malade est parti guéri. Le mois dernier cette guérison persistait encore.

OBSERVATION V

(Empruntée à M. Moure) (1).

Phymie laryngée à la deuxième période. — Trachéotomie (*Guérison*).

Mme E. Cr..., chapelière, âgée de 48 ans, se présente le 13 janvier 1879 à la clinique du docteur Fauvel.

Elle est malade depuis 3 ans, époque à laquelle elle a eu, dit-elle, un chaud et froid qui lui a causé une bronchite dont elle ne s'est point guérie; depuis, elle a continué de tousser.

Antécédents héréditaires. — Sa mère vit encore.

Père mort d'une affection pulmonaire dont elle n'a pu préciser la nature.

Deux sœurs mortes tuberculeuses, l'une à 35 ans, l'autre à 22 ans.

Une nièce morte de la même maladie à 27 ans.

La malade s'est aperçue depuis 5 ou 6 mois qu'elle avait maigri de 22 livres. Elle a perdu l'appétit et les forces. Pas de diarrhée, mais vomissements fréquents après des quintes de toux. Elle est ordinairement bien réglée. Sa voix a commencé à se voiler depuis environ 2 ans et demi, et depuis cette époque il y a eu des alternatives de mieux et de mal.

Etat actuel. — Les symptômes précédents continuent leur cours, la malade amaigrie ne parle plus qu'à voix basse. En l'examinant on trouve d'abord :

Le voile du palais est profondément décoloré ainsi que la muqueuse du vestibule laryngien.

La région aryténoïdienne seule tranche par sa rougeur uniforme sur le reste de l'organe.

La corde vocale inférieure gauche se meut difficilement.

Du côté droit, la corde vocale supérieure, rouge et un peu œdématiée, recouvre presque entièrement le ruban vocal de ce côté, mais on ne constate aucune ulcération.

La malade se plaint de douleurs du côté du larynx, peu exagérées par la pression, mais augmentées par les mouvements de déglutition.

Pas de ganglions, sous-maxillaires ou occipitaux, engorgés.

Poumons. — La percussion ne donne qu'une légère submatité sous la

(1) Voir son *Recueil clinique sur les maladies du larynx*, t. I, fasc. I, 1884 ; Doin, p. 108-109, 110-111.

clavicule gauche et au niveau de de la fosse sus-épineuse de ce même côté.

L'auscultation, au contraire, révèle des craquements à timbre humide sous la clavicule gauche.

La respiration est rude et l'expiration prolongée du côté droit.

La malade est mise à l'huile de foie de morue, l'arséniate de soude, le phosphate de chaux, et on lui ordonne aussi un vésicatoire à demeure au bras gauche.

Le 27 janvier, on constate un défaut de rapprochement des cordes vocales inférieures et de la rougeur surtout marquée au niveau de la corde vocale inférieure droite.

La malade dit aller beaucoup mieux, mais la voix a plutôt encore baissé de ton.

27 février. La malade présente sous la corde vocale inférieure droite une végétation polypiforme qui occupe sa partie postérieure; cette tumeur a un aspect rougeâtre, elle déborde la corde vocale de ce côté et n'est autre chose qu'un gonflement de la muqueuse sous-glottique (œdème sous-glottique).

La corde vocale supérieure droite a un peu diminué de volume, mais les rubans vocaux présentent un aspect grisâtre.

26 mars. La malade, depuis le 27 février, s'était plainte à différentes reprises de sueurs nocturnes et de toux suivie d'expectoration qui rendaient son sommeil pénible; on lui ordonna une potion opiacée et des pulvérisations bromo-morphinées pour calmer la douleur qu'elle éprouvait, pendant la déglutition surtout. A ce moment, la douleur se transmettait nettement à l'oreille.

L'examen laryngospique montra l'existence de petites végétations grisâtres à l'extrémité copostérieure de la corde vocale droite, de l'œdème de la région aryténoïdienne du côté opposé; la corde vocale gauche était rouge et ulcérée par places. L'œdème sous-glottique n'avait pas augmenté.

30 mars. La malade se plaint d'accès de suffocation revenant par intervalles. L'examen montre une rougeur généralisée de tout le vestibule de la glotte.

Toute la muqueuse est œdématiée, et la fente glottique mesure environ 1 millim. 1/2 en arrière à sa partie la plus large. (Voir pl. nº 1, fig. 8.)

La malade respire difficilement; elle a du cornage et un peu de tirage. La voix est chuchotée. En l'interrogeant, on apprend qu'elle s'est exposée depuis quelques jours aux vapeurs d'acide sulfureux, pour le nettoyage des

chapeaux de paille. C'est la cause qui a déterminé cette inflammation aiguë surajoutée aux lésions préexistantes et déterminé ce gonflement de toute la muqueuse laryngée.

Le 3 avril, les accès de suffocation allant en augmentant d'intensité, le cornage et le tirage ayant augmenté, l'ouverture de la glotte se rétrécissant de plus en plus, on se tient prêt à faire la trachéotomie, qui est pratiquée dans la nuit du 4 au 5 avril. Depuis, la malade respire avec sa canule.

Les lésions pulmonaires ont fait un peu de progrès. Des deux côtés on entend des râles humides surtout marqués à gauche .

En 1880, je pratiquai l'examen laryngoscopique et constatai l'*absence absolue* de toute lésion de la muqueuse laryngée; les cordes vocales étaient blanches, mais un peu moins nacrées qu'elles ne le sont à l'état normal, surtout chez la femme; elles étaient également un peu relâchées et la région aryténoïdienne, sans être tuméfiée, semblait cependant moins ferme qu'à l'état physiologique.

La malade, qui avait notablement engraissé, parlait alors d'une voix claire, mais un peu molle et peu vibrante.

Du côté des poumons, on constatait une certaine rudesse du murmure respiratoire, mais on ne pouvait découvrir le moindre râle. La malade portait encore sa canule fermée, il est vrai, mais elle n'avait pas voulu la quitter, craignant d'éprouver une nouvelle gêne respiratoire et redoutant l'intervention chirurgicale.

M. Moure a revu cette malade dans le mois de mai dernier dans son récent voyage à Paris. Elle est fort bien portante et garde toujours sa canule.

Au moment de mettre sous presse, nous recevons de M. Charazac (1) une observation sur les effets des injections gazeuses rectales de CO^2 et H^2S, que lui a communiquée M. le Dr Baratoux. Nous avons parlé de ces effets et de l'opinion de ces deux auteurs.

(1) Lettre particulière du 18 juillet 1887.

CONCLUSIONS

De l'étude qui vient d'être faite nous tirons les conclusions suivantes :

I. A l'aide d'un traitement approprié on peut dans la plupart des cas éviter l'apparition d'accidents laryngés graves au cours de la tuberculose pulmonaire.

II. Dans les cas où le larynx est déjà le siège d'altérations, il est encore possible dans certaines formes (subaiguës et chroniques) soit de faire rétrograder les lésions et guérir même définitivement le malade, soit d'améliorer la manifestation laryngée et l'enrayer dans sa marche envahissante au moyen des agents de thérapeutique dont nous avons signalé les bons effets.

III. Enfin, lorsque les lésions sont trop avancées et que l'état général ne permet pas de songer à une guérison, on peut la plupart du temps soulager le malade et l'empêcher d'endurer les souffrances qui accompagnent la manifestation tuberculeuse avec ulcérations du côté de l'organe vocal.

IV. Le traitement caustique sera rejeté dans tous les cas et le traitement général devra toujours être fait concurremment avec le traitement local.

Vu : *Le Doyen,*

A. PITRES.

Vu, bon a imprimer :

Le Président,

Dr PICOT.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 13 juillet 1887.

Le Recteur,

H. OUVRE.

11,629. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.